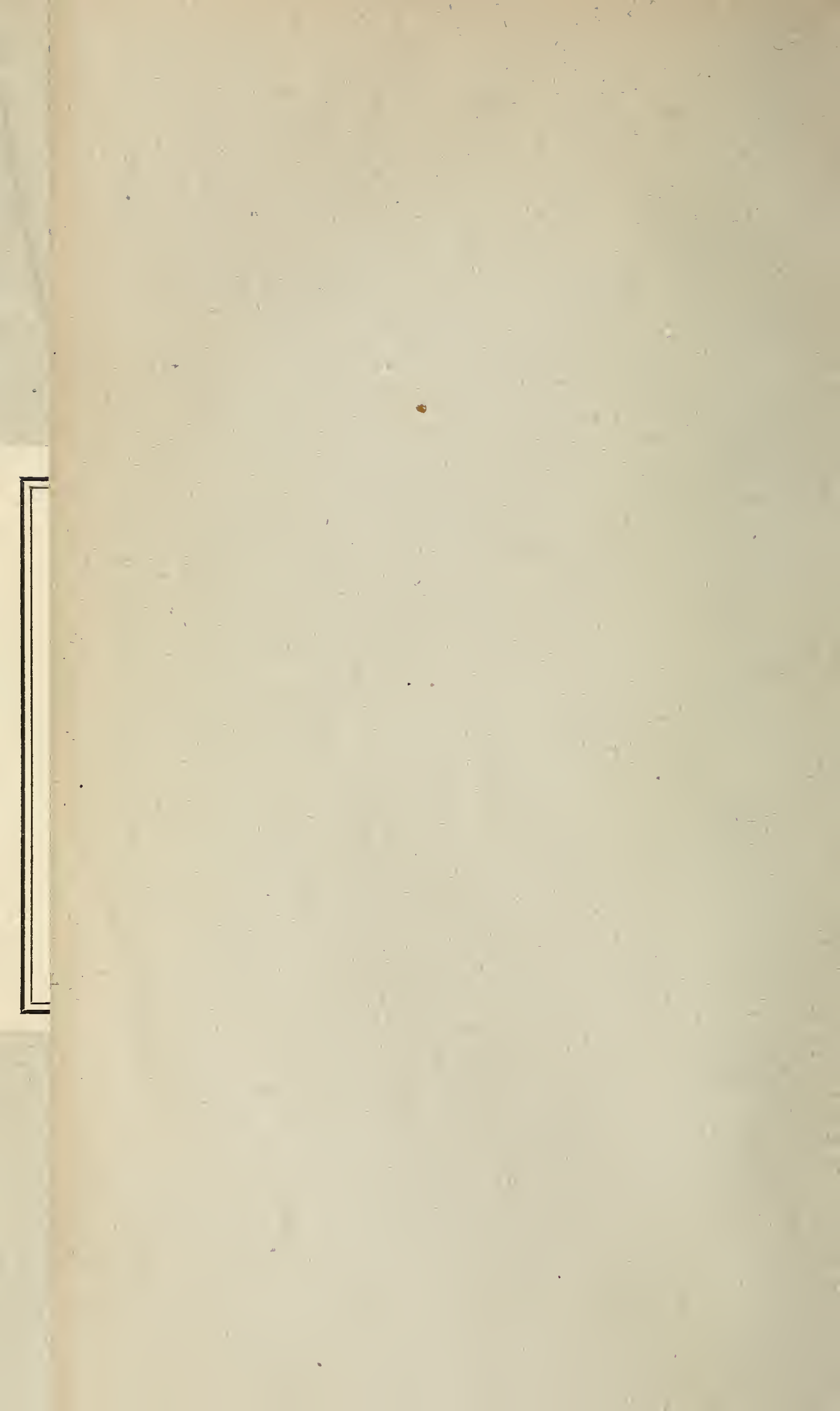




LA
MIGRAINE

8155-87. — Corbeil. Typ. et stér. Crété.

LA

MIGRAINE

PAR

LE Dr L. THOMAS

SOUS-BIBLIOTHÉCAIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS.

Travail couronné par l'Académie de médecine

(PRIX CIVRIEUX, 1886)

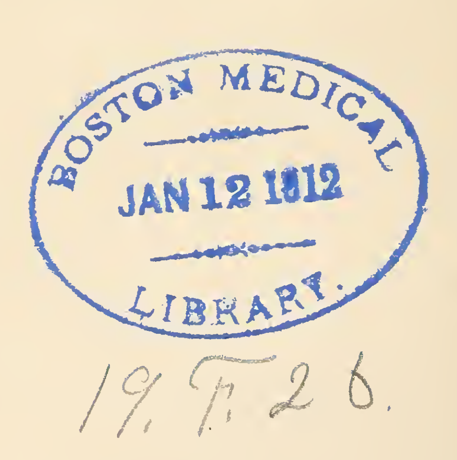
PARIS

A. DELAHAYE ET E. LECROSNIER, ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1887


BOSTON MEDICAL
JAN 12 1912
LIBRARY.

INTRODUCTION

Dans une de ces solennités qu'on ne reverra peut-être plus, — une argumentation de concours, — un candidat, pour condenser ses critiques en une formule pittoresque, appela *travail de bibliothécaire* la thèse de son compétiteur. Cet euphémisme voulait dire compilation sans critique. Heureuse ou malheureuse, l'expression résumait une idée actuellement répandue. Elle m'a fait passer dans le cours de l'année dernière par des perplexités que comprendront difficilement ceux qui n'en ont pas éprouvé de semblables.

J'avais vu la migraine parmi les questions mises au concours par l'Académie de médecine. Il y a au monde une migraine que je connais; j'en ai suffisamment analysé les péripéties pour en parler; j'ai assez cherché dans le présent et dans le passé ce qui peut les adoucir pour être capable de don-

ner des renseignements sur ce sujet à ceux qu'il intéresse. De réflexion en réflexion j'en arrivai à me demander si je ne pourrais pas moi-même concourir. Une brusque intuition enraya momentanément cette velléité : sur la couverture d'un mémoire écrit de ma plus belle écriture, je voyais se détacher en caractères funèbres cette inscription funèbre elle-même : *travail de bibliothécaire!*

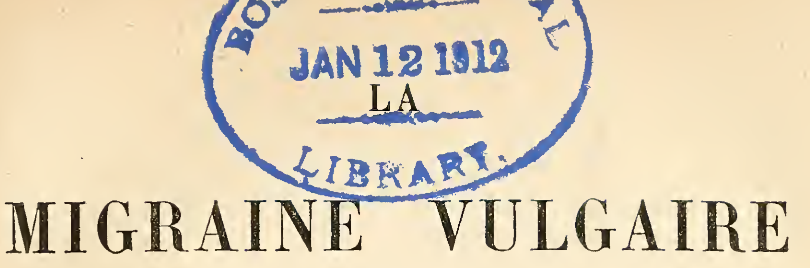
Pendant huit jours ce fut une véritable obsession; j'en vins à me dire que tout individu, condamné par métier à garder des livres, à les faire connaître aux autres, est tenu de ne pas les ouvrir ; ou s'il les ouvre, d'en reproduire servilement le texte, sans dire si l'observation lui paraît fine ou superficielle, si les doctrines lui semblent ingénieuses ou bizarres, si les faits sont bien ou mal interprétés. Sans cet ensemble de souvenirs inconsciemment conservés et appliqués d'instinct qui constituent l'expérience pratique, le médecin est fatalement condamné à la stérilité ou bien aux compilations sans critique. Le mieux est d'accepter ce rôle avec résignation et de ne point entamer une lutte hasardeuse contre des difficultés insurmontables et des idées reçues.

En songeant aux conditions du concours, je me rappelai que la qualification néfaste resterait dissimulée sous un pli cacheté; j'eus la hardiesse de rédiger un mémoire et de l'envoyer. Bien m'en a pris : le Rapporteur de la Commission, M. le Dr Siredey, a été d'une exquise bienveillance ; il a rendu compte des travaux récompensés en termes tellement encourageants que j'ai laissé de côté mes der-

niers scrupules et me suis résolu à présenter le mien au public.

Je l'ai divisé en deux parties : la première relative à la *migraine vulgaire;* la seconde, à la *migraine ophtalmique.* On pourra trouver cette classification prématurée ; j'insisterai peu pour la défendre. Depuis 1878, l'étude des troubles migraineux de la vision a pris une telle importance qu'il est impossible de les réléguer dans un paragraphe de la symptomatologie ; on les a groupés de telle sorte qu'ils ont paru à beaucoup suffisants pour constituer une espèce. On peut adopter ou rejeter cette hypotèse, il n'est pás permis de la passer sous silence. La nécessité de dédoubler la migraine, m'a paru inévitable pour l'exposition comme pour la discussion.

Je serai trop heureux si cet opuscule peut recevoir bon accueil du public, rendre quelques services aux médecins que l'hémicrânie préoccupe, et surtout s'il démontre qu'il y a parfois des choses intéressantes même dans un *travail de bibliothécaire.*



LA MIGRAINE VULGAIRE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'auteur d'une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris en 1878 fait commencer l'étude scientifique de la migraine à Tissot; il admet seulement que d'autres écrivains, tels que Lepois, Willis et Wepfer l'ont ébauchée antérieurement; quant aux anciens, il en tient si peu compte qu'il considère comme oiseuses toutes les recherches qu'on pourrait faire sur ce sujet dans leurs œuvres.

« Hippocrate, Arétée, Cælius Aurelianus et autres, dit-il, ne connaissaient point la migraine, ils la confondaient sous le nom de céphalalgie avec les diverses lésions du crâne ou du cerveau capables de produire la douleur de tête et il serait tout aussi insensé de rechercher dans leurs écrits une description se rapportant véritablement à la migraine que d'y rechercher s'ils n'ont point fait mention de l'auscultation. (1) »

(1) Chaumier, *La migraine*. Th. de Paris, 1878.

Malgré l'énergie de cet anathème, nous n'avons pas cru devoir l'accepter comme l'expression dernière et irréfutable de la vérité, il nous a semblé qu'une affection aussi commune, aussi caractéristique n'a pu laisser indifférents tous les médecins des siècles passés, d'autant mieux que son nom classique, dont le mot français courant n'est qu'une altération, lui vient en droite ligne de Galien.

Les anciens ont connu la migraine; ils l'ont même bien connue; sans doute ils la plaçaient dans leurs systèmes nosographiques parmi les céphalalgies; mais ils en faisaient un ordre à part. Les caractères ordinaires de la douleur, son intermittence, ses paroxysmes, les phénomènes concomitants, en particulier ceux qui se passent du côté des voies digestives ont été énumérés et analysés avec minutie : on a compris de très bonne heure que des symptômes mal localisés, irréguliers, devaient correspondre à des influences multiples, à des causes générales et éloignées; la pathogénie a constamment gravité autour de théories humorales qui, rajeunies et complétées, tendent à reprendre le rang qu'elles avaient perdu après les adaptations de la physiologie expérimentale faites par Dubois Reymond et Möllendorf à l'explication des symptômes de la migraine.

Nous verrons successivement dans cet historique, 1° les travaux les plus importants de l'antiquité et du moyen âge; 2° ceux des médecins de la renaissance et de l'époque suivante; 3° l'étude de Tissot, classique aujourd'hui encore; 4° les mémoires ultérieurs appartenant presque tous à la période contemporaine.

§ I. — Étude de la migraine dans l'antiquité et le moyen âge.

Arétée. — Galien. — Cælius Aurelianus. — Alexandre de Thralles. — Oribase. — Les Arabes : Sérapion, Avicenne, Abulcasis. — Les Arabistes : Valesco de Taranta.

Hippocrate n'a point essayé d'établir une classification des douleurs dont la tête peut être le siège. Tirant parti pour le pronostic de leur manière d'être ou de leur marche, il n'isole guère les types cliniques ; c'est dans Arétée de Cappadoce, médecin de la secte des éclectiques, qu'on trouve une première description claire et suffisamment exacte pour que la plupart de ceux qui ont écrit sur le même sujet l'aient reproduite ou citée. — L'hétérocrânie — c'est le terme qu'il adopte — se distingue des autres céphalalgies par son siège et son intermittence. La tête peut rester douloureuse plusieurs jours sans que cette douleur soit autre chose que de la céphalalgie ; au contraire, il faut appeler hétérocrânie celle qui revient à intervalles plus ou moins longs, se limite à une moitié du crâne. Chez certains individus, elle apparaît le matin, cesse vers midi ; elle peut intéresser le front, le sinciput, s'irradier aux tempes, aux sourcils, au fond de l'orbite. Il est difficile de supposer que la description d'Arétée ne s'applique pas à la migraine. En revanche, il la confondait avec les névralgies faciales et les céphalées symptomatiques. On peut lui rattacher sans difficulté les accidents observés du côté de l'œil, qui devient parfois saillant ou s'enfonce dans l'orbite, la photophobie, les perversions de l'odorat, l'affaissement moral ; mais les contractions musculaires notées dans les cas invétérés appartiennent au tic douloureux; les accès rapprochés

indiquant pour Arétée un pronostic funeste sont liés aux maladies organiques du cerveau et des méninges (1).

Malgré la qualification d'éclectique qu'il se donne lui-même, notre auteur est dans cette étude plus près de l'école empirique que de ses rivales. Il constate les faits sans chercher à savoir pourquoi ou comment ils se produisent, sans s'occuper du siège précis de la douleur. Galien, en comblant cette lacune, provoqua sur ce point comme sur beaucoup d'autres les controverses doctrinales. Sa description est concise et simple, mais il ne se contente plus d'enregistrer ce qu'il a appris des malades; pour lui, l'hémicrânie siège à la fois dans le cuir chevelu et le péricrâne. Voici comment elle se produit : « A l'état normal, il y a entre les vaisseaux intra et extracrâniens des communications par lesquelles les premiers se débarrassent des vapeurs et des humeurs qu'ils renferment en trop grande abondance; quand on souffre dans cette région, c'est que certaines parties du corps envoient au cerveau avec le sang des liquides ou des vapeurs de mauvaise qualité » (2).

Les méthodistes ne songèrent point à professer une doctrine plus conforme à leur conception des processus morbides. Cælius Aurelianus reproduit la description d'Arétée qu'il complète : il ne dit rien du mécanisme et hasarde à peine quelques mots sur l'étiologie : la migraine, surtout fréquente chez la femme, peut être produite par le refroidissement, l'insolation, les veilles prolongées (3).

(1) *Causes et signes des maladies chroniques*, liv. I, in *Opera omnia*, éd. Kühn, XXIV, p. 68.

(2) *De composit. medicamentorum sec. locos*, lib. II, cap. III, Ed Kühn, t. XII, p. 195.

(3) *Morbor. chronicor.*, lib. I, cap. I. *In* Halleri *Artis medicæ principes*, t. XI, p. 4.

Alexandre de Thralles, auquel on accorda souvent au siècle dernier l'honneur d'avoir le premier isolé la maladie, n'est qu'un plagiaire de Galien (1); les autres Byzantins ont copié comme lui, en abrégeant au point de rendre parfois le sens inintelligible. Ce qui ressort du court paragraphe accordé par Oribase à l'hémicrânie dans ses Euporistes, c'est qu'il admirait surtout le procédé de Galien pour atténuer la douleur, les frictions *loco dolenti* (2).

On arrive sans transition de l'antiquité aux Arabes. Le plus ancien livre de médecine écrit dans leur langue, celui de Sérapion, est une compilation galénique, meilleure à tous points de vue que les abrégés en grec de même date. Le traducteur juif ou chrétien qui l'a composée a bien compris le mécanisme indiqué plus haut ; il ose même, en l'exposant, suivre un ordre différent de celui du maître. Le tube digestif est le point de départ de tout ; c'est là que se forment les vapeurs méphitiques, froides ou chaudes qui montent vers le péricrâne (3).

En ce qui touche à la migraine, Avicenne n'a d'original qu'un mot : c'est une variété de *soda*, terme générique par lequel il désigne le mal de tête (4). Abulcasis la traite par une méthode chère à ses compatriotes, l'application locale du fer rouge. Si le procédé ne réussit pas, « il faut prendre un ail, l'éplucher, et le tailler aux deux extrémités, faire avec un large bistouri une incision à la tempe et ménager sous la peau une cavité assez large pour introduire l'ail et l'y cacher complètement, appliquer par-dessus des compresses et serrer fortement, laisser ainsi pendant environ quinze heures, enlever en-

(1) *Œuvres.* in Halleri *Art. med. principes*, t. VI, p. 32.
(2) *Euporistes.* liv. III, chap. II et III. Ed. Daremberg.
(3) *Practica.* Venise Juntes, 1550, p. 60.
(4) *Opera omnia.* Venise V. Valgrisi, 1564, p. 435.

suite l'appareil, extraire l'ail, laisser la plaie deux ou trois jours, puis y appliquer du coton imbibé de beurre jusqu'à ce qu'elle suppure, enfin panser avec de l'onguent jusqu'à la cicatrisation » (1).

Valesco de Taranta, le seul arabiste dont nous parlerons, reproduit les données de Sérapion et pense que les ventricules cérébraux pourraient bien être le siège de la douleur; que si elle résulte le plus souvent de l'action locale des vapeurs nocives, elle a dans d'autres cas pour cause une cachexie de nature inconnue (2).

Une bonne description d'Arétée complétée par Cælius, une explication pathogénique de Galien et basée sur la physiologie d'Erasistrate, des copies, des commentaires, tel est le bilan de l'antiquité et du moyen âge.

§ II. — Étude de la migraine de la Renaissance à Tissot.

Il fut longtemps de mode de n'écrire jamais le nom de Fernel sans le faire précéder d'une épithète louangeuse. Depuis lors, la proscription dont les médecins de la Renaissance avaient frappé leurs prédécesseurs s'est étendue à leurs propres travaux. De rares curieux remontent aux vieux maîtres gothiques dont la naïveté les intéresse ; ils méprisent les commentateurs du XVIe siècle, diserts, versés dans l'étude de l'antiquité, mais pauvres en faits et en aperçus originaux. Fernel n'a point échappé au mépris général : quand on le cite, c'est de seconde main.

(1) *La chirurgie*, trad. L. Leclerc, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p. 14.

(2) *Philonium pharmac. de medendis omnibus cum internis tum externis humani corporis affectibus*, Francfort. S. M. Brassæus, 1594, p. 36.

Son chapitre de la migraine eut sur les opinions de ses successeurs une influence comparable à celle de Galien. Sa classification est méthodique; son exposition est un modèle de clarté; il est regrettable que tous ceux qui ont écrit sur le même sujet ne l'aient pas lu et médité, bien des redites et des confusions eussent été évitées. La douleur de tête n'est pas une maladie, c'est un symptôme, il faut l'étudier comme telle. On la divise en céphalalgie, céphalée, hémicrânie; elle siège dans la substance cérébrale, les méats et les conduits. Pour la pathogénie, la bile prend la place des liquides et des vapeurs irritantes. L'hémicrânie par sa nature et ses caractères se distingue des deux autres variétés; elle part de l'épigastre et des organes sous-jacents (1). La même idée fut formulée avec plus de netteté encore par Jesse Lomn, élève de Fernel... « Cette maladie, dit-il, vient de la sympathie de la partie affectée avec les hypocondres ou les intestins, et commence ordinairement par la pulsation véhémente des artères des tempes » (2).

Quand on parcourt les observations de cette époque, on trouve décrites avec elle, sous le même nom, beaucoup de céphalées consécutives à des affections du cerveau, de ses enveloppes, de l'œil, des sinus de la face. Peter van Forest, un des meilleurs cliniciens hollandais du seizième siècle, appelle hémicrânies des douleurs produites par une suppuration de la caisse du tympan, par une ophtalmie profonde suivie de perte de l'œil, un glaucome ou une irido-choroïdite, selon toute probabilité (3).

Lazare Rivière est peut-être le premier qui ait signalé

(1) *Universa medicina*. Ed. Poster. Genève. S. Stöhr, 1637, p. 363.
(2) *Tableau des maladies*. Obs. médic., liv. II.
(3) *Observationum et curationum medicinalium*, lib. XXVIII, Francfort, E. Polth, 1602, lib. IX, ob. 58 et suiv., t. I, p. 307.

l'influence du paludisme. Il eut l'occasion d'observer une migraine à périodicité régulière chez Gianettino Doria, amiral au service de l'Espagne, pendant qu'il était prisonnier de guerre à Montpellier (1). Dans une autre observation rapportée par Bartholin les accès revenaient tous les jours à la même heure (2). Horst croit que la maladie tient parfois à une autre cause générale, le scorbut (3).

De tous les travaux du XVII[e] siècle, un seul mérite une mention spéciale, celui de Charles Lepois. Il part d'une donnée discutable : la cause de la plupart des maladies est un épanchement séreux. Sa description de la migraine est une autobiographie plus pittoresque et surtout plus vraie que beaucoup d'autres. Lepois n'échappe point aux réminiscences scolastiques, au besoin de disserter ; mais l'observation est fine, et si les explications sont loin de satisfaire toujours, en revanche il est possible de reproduire l'histoire complète de son cas.

Pris au début de ses études médicales, il éprouve surtout une violente douleur fronto-pariétale ; les attaques se terminent par des vomissements. Pendant quatre ans, les paroxysmes sont fréquents, puis il fait un voyage en Italie et trouve un calme de quelques mois au milieu de l'Apennin. Revenu dans sa patrie, il étudie de nouveau, les accès le reprennent. Un peu moins violents qu'autrefois, ils sont provoqués surtout par le vent d'ouest et l'approche de la pluie ; leurs caractères n'ont pas changé ; ils s'accompagnent de douleurs lombaires, de somnolence et de vomissements.

« La sérosité, dit l'auteur, est la cause du mal, puisque son expulsion le fait cesser. » A partir du moment où il

(1) *Les observations de médecine*, Paris, J. Certe, 1680, p. 347-49.
(2) *Ephem. nat. curios.*, I, 1684, p. 130.
(3) *De morbis infimi ventris*, ob. XXXIX, liv. IV, *Opera omnia*, Giouda der Hove, 1661, p. 222.

regarde comme critique le dernier phénomène, Piso entreprend son examen de conscience au point de vue pathologique; il se souvient que la première attaque est survenue après qu'il a dormi au froid la tête découverte. Tout devient simple : une transpiration a été supprimée, une perturbation locale s'est faite, les vomissements et la rachialgie en sont les conséquences.

L'auteur est pourtant plus tolérant pour les opinions d'autrui qu'on ne serait disposé à le croire lorsqu'on le voit généraliser si vite une pareille idée. Un amas séreux peut résulter d'une métastase; il n'est pas rare de voir la migraine avec du relâchement du ventre; tous deux dérivent d'une augmentation générale des liquides intra-organiques. D'autres fois elle est produite par sympathie. Le mot a une autre signification qu'au xixe siècle : il n'indique pas un phénomène nerveux, mais une intoxication : la cause morbifique introduite dans le système circulatoire est transportée au cerveau.

Ces hypotèses rendent raison de tout : douleurs céphaliques de croissance, neurasthénies dyscrasiques, névroses consécutives aux troubles moraux, aux exercices intellectuels, etc. Une fillette de douze ans a des paroxysmes accompagnés d'irradiation dans l'œil et l'oreille du même côté, de vertiges, d'engourdissements et de fourmillements du bras gauche jusqu'au petit doigt; l'accès finit par un vomissement séreux : ce phénomène explique les autres et donne la clef de la thérapeutique. Les migraines se passèrent, mais trois ans plus tard, la jeune fille eut des accidents que Lepois met sans hésitation sur le compte de l'hystérie; ils tenaient aussi à l'épanchement séreux (1).

(1) *De morbis ex serosa colluvie*, in *Select. observat. et consil.* Ponte ad Monticulum. C. Mercator, 16, 18, p. 61.

Malgré ses qualités réelles, ce travail passa à peu près inaperçu, on n'en parla guère que pour souligner les paradoxes et les combattre.

Plus nous avançons, plus la littérature devient riche; des dissertations nombreuses vulgarisent l'opinion des maîtres; les nosographes divisent, classent, et leurs dichotomies compliquées finissent par tout embrouiller. Des difficultés surgissent d'un autre côté : partout les disciples de Boerhave voient des troubles mécaniques; l'inflammation, la douleur tiennent à des modifications du calibre des vaisseaux et de la forme des globules. Hoffmann est également solidiste; dans sa doctrine, les accidents morbides viennent du spasme ou de l'atonie. Stahl ne veut entendre parler que de pléthore et de réactions.

Dans une thèse inaugurale de 1724 Anhalt rejette la théorie du transport de la matière peccante au cerveau. Les troubles digestifs peuvent produire la migraine, mais par un autre mécanisme : les vaisseaux nourris par un chyle de mauvaise qualité perdent leur forme régulière, ils se dilatent ou se contractent de manière à produire l'excitation et la douleur. Un homme souffrait tellement dans le fond de l'œil qu'il craignait à chaque instant une rupture de ses membranes; le soulagement arrivait avec les vomissements. Pourquoi un côté est-il pris plutôt que l'autre? Par suite de faiblesse congénitale (1).

Hoffmann n'avait pas été aussi loin, car il admettait encore la coction imparfaite dans l'estomac et l'ascension des crudités (2). Eger appartenait à cette école; une observation prise sur lui-même est relative à une

(1) *Diss. sistens rariorem casum febris quartanæ duplicis cum hemicrania feliciter curatæ*. Altdorf, 1724.

(2) *Med. rationalis Systema*, t. IV. Venise, Ballione, 1733, p. 194.

névralgie sus-orbitaire. La douleur, d'après lui, a pour siège les méninges : la cause est un obstacle local au cours du sang ou une répercussion d'une maladie externe (1).

Fordyce a été plus vanté qu'il ne le mérite ; le principal avantage de son mémoire, c'est sa forme sèche et brève ; c'est la clarté des espèces de sentences dans lesquelles il expose ses opinions. Malgré tout, les légendes et les suppositions non démontrées pullulent : on a vu la migraine régner épidémiquement, il y a des raisons de supposer qu'elle était transmise par contagion ; elle siège, comme le veut Spiegel, sur la faux du cerveau (2) ; les migraines suivies d'épilepsie, d'apoplexie, de paralysie, ont pour cause un amas de pituite dans les méninges. Fordyce déclarant au début qu'on n'avait rien écrit avant lui de satisfaisant, s'est, comme on le voit, souvenu au bon moment de la théorie de Carolus Piso (3).

Schobelt traita le même sujet dix ans plus tard dans une dissertation assez volumineuse imprimée à Berlin. Il commence, selon la mode déjà introduite parmi ses compatriotes, par exprimer un dédain profond pour les médecins français qui ont touché ce point ; il n'y a, dans sa lourde et incorrecte élucubration, ni sens clinique ni sens critique. Quand, à force de patience, on finit par arriver jusqu'au bout, on devine que l'auteur attribue la migraine au rhumatisme (4).

La thèse de Vital Forestier, expression des doctrines enseignées à Montpellier en 1776, vaut mieux à tous points de vue ; on note avec plaisir une grande lucidité

(1) *De hemicrania*, Halæ Magdeburgicæ, 1738.
(2) *Anat.*, lib., X, cap. III.
(3) *Historia febris miliaris et hemicraniæ*. Louvain, Imp. académique, 1765.
(4) *Tractatio de hemicrania*. Berlin, Imp. royale, 1776.

d'exposition, des connaissances variées, parfois même l'auteur hasarde des remarques cliniques ingénieuses; celle-ci par exemple : les migraines dont les accès sont relativement rapprochés et séparés par des intervalles presque réguliers sont les plus rebelles de toutes si elles ne suivent ou accompagnent la fièvre intermittente (1).

On ne peut du reste attendre rien de bon d'amplifications latines sur un sujet que les candidats n'avaient pas choisi, les travaux de premier plan, ceux qui ont fait longtemps autorité, ne valent guère mieux. Willis, le plus grand névrologiste de son temps, insiste un peu plus que les autres sur la sympathie entre la tête et l'abdomen, et fait remarquer que parfois les migraines viennent non seulement de l'intestin, mais encore de la rate, du foie; parmi les lésions capables de produire des céphalalgies unilatérales qui leur ressemblent, il signale l'induration athéromateuse des artères intracrâniennes, qu'il a rencontrée une fois (2).

Pour Richa, l'hémicrânie est une maladie saisonnière, à laquelle prédisposent certaines conditions organiques. Parfois c'est le symptôme d'une altération cérébrale ou d'une névrose généralisée. Chez un vieillard une attaque de paralysie fut pour ainsi dire annoncée plusieurs mois à l'avance par des accès de migraines; une hystérique était éprouvée de la même manière à l'approche des crises (3).

La définition de Junker est formelle et hardie : Les migraines sont des affections goutteuses et spasmodiques, tandis que les autres céphalées ou céphalalgies sont les symptômes de congestions locales sans substratum diathésique. L'hémicrânie idiopathique arrive surtout

(1) *De hemicrania*, Th. Montpellier, 1776.
(2) *De cerebri anatome*, cap. VII.
(3) *Const. Taurinensis*. Anno, 1721

chez les sujets pléthoriques par la suppression ou le dérangement d'un flux périodique; le changement d'une vie active en une vie sédentaire, le refroidissement, les écarts du régime, les émotions morales, etc. (1).

Sauvages place la maladie dans la septième classe de son système, les douleurs; conséquent avec lui-même, il lui rattache tous les troubles de sensibilité de la tête, le clou hystérique au même titre que la céphalée du coryza et les névralgies palustres sus et sous-orbitaires (2).

Il y a beaucoup de faits dans le volumineux ouvrage de Wepfer; quinze ou vingt observations renferment le mot hémicrânie dans leur titre, cinq ou six tout au plus sont relatives à la migraine vraie. L'auteur a sa théorie personnelle renouvelée de Lepois. Pourquoi, se demande-t-il, le sérum du sang, élément nutritif et utile par excellence, produit-il de l'irritation dans une moitié de la tête? c'est qu'il y stagne. A ce moment commencent les battements artériels; l'apport continu du sang ne fait qu'augmenter le trouble local, l'accès est d'autant plus long, d'autant plus pénible que les vaisseaux sont plus relâchés, parce que dans cette condition la résorption du sérum extravasé devient difficile (3). Wepfer est bien près de certaines idées modernes; il les eût peut-être formulées s'il eût connu les nerfs vaso-moteurs.

Les autres écrivains auxquels renvoient les bibliographies du sujet reproduisent ce que nous avons vu ou signalent une simple particularité. Viridet a noté l'hémiopie (4). Lazerme explique la douleur profonde de l'œil par continuité du péricrâne et de l'aponévrose orbi-

(1) *Conspectus med.* Tab. 46.
(2) *Nosol. method.* Class. 7. Art. 7, p. 2, p. 54.
(3) *Observationes de affectibus capitis internis et externis.* Schaffouse, 1726, obs. 49 et suiv.
(4) *Traité du bon chyle.* Paris, 1736.

taire (1). Lentin attribue un cas observé par lui à la diminution de la sécrétion salivaire; il la provoque par le mercure et obtient d'excellents résultats (2).

En résumé, de Fernel à Tissot, la question reste à peu près stationnaire; on n'isole pas mieux la migraine qu'on ne le faisait auparavant; les théories relatives à sa genèse sont modelées sur celle de Galien.

§ III. — Tissot.

La seule lecture de son travail permet de concevoir la rapidité avec laquelle il devint classique et la persistance des succès (3). La première impression qu'on éprouve en le parcourant après Junker ou Sauvages est une impression de soulagement. On trouve enfin à la place d'affirmations pédantesques, de dogmes qu'il faut accepter sous peine de ne rien comprendre au reste, des hypothèses vraisemblables, une argumentation logiquement conduite ; c'est un tableau à détails nombreux dont les teintes sont adoucies et fondues.

Par une analyse soigneuse, on s'aperçoit que cette impression est un peu trop favorable, que le talent réel du médecin de Lausanne était surtout didactique, que sa méthode ne diffère guère de celle des jeunes gens dont nous avons résumé les essais. Pour isoler les symptômes, établir leur subordination, il a recours à l'érudition ; la citation tient la place du fait. Les auteurs du siècle dernier ne procédaient guère autrement ; nous avons vu trop de transformations scientifiques pour conserver cette déférence respectueuse envers la tradition. Nous demandons

(1) *Tractatus de morbis internis capitis*, Amsterdam, 1748.
(2) *D. halbseitige Kopfveh.* Lentin's Beitr., t. I, p. 10.
(3) *Œuvres complètes*, Ed. Lausanne, t. XI, p. 112.

peu de préceptes au passé, nous croyant aptes de bonne heure, à l'aide des procédés que nous fournit la méthode expérimentale, à interroger directement la nature.

Tissot ne fut pas en avance sur son temps : ses observations sont si courtes qu'il serait impossible d'en tirer parti dans une statistique : il connaît le mal pour l'avoir eu comme tout le monde, pour l'avoir traité. Les faits ne sont pas pour lui les chemins qui conduisent aux lois ; il lui servent simplement à illustrer son exposé, à lui donner une vie et un mouvement qu'il n'eût jamais pu obtenir sans eux. C'est un merveilleux assimilateur; qu'il corrige Piso ou commente Wepfer, il le fait de telle sorte qu'on ne songe plus aux sources où il puise; beaucoup d'observations qu'il a empruntées sont passées sous son nom dans des travaux plus récents.

La migraine vient de l'estomac; les remarques faites par les médecins et les malades eux-mêmes le prouvent; elle cesse avec les troubles gastriques, Haller eut raison d'attaques fréquentes en changeant de régime. Les causes capables d'exagérer les céphalées et les céphalalgies sont sans influence sur elle, tandis qu'elle est aggravée par la moindre dyspepsie et qu'on la traite quelquefois avec avantage par les stomachiques. Le paroxysme finit par des vomissements. Bianchi et Van Swieten ont souvent réussi à l'enrayer en administrant une faible dose d'émétique au début.

L'irritation initiale passe de l'estomac à la cinquième paire. Par quelle voie? Dans quelles conditions? nous ne le savons pas, mais elle y passe : « J'ai vu un assez bon anatomiste..... m'assurer qu'il aurait pu dessiner le nerf d'après la douleur; il lui trouvait bien plus de ramifications que l'on n'en démontre ordinairement. M. Monro a très bien vu que tous les rameaux de ce nerf sont le siège de la migraine. »

Est-ce un accident isolé? Ses deux traits principaux, les troubles digestifs et la douleur, font songer involontairement à d'autres maladies. Ne présente-t-elle point avec elles une connexion telle que l'organisme puisse éprouver alternativement les unes et les autres? Si l'élément nerveux domine, c'est aux névroses convulsives qu'il faut songer : la migraine devient la voisine de l'épilepsie, de l'asthme, etc. Si au contraire on porte surtout son attention du côté du tube digestif, on pense aux dystrophies dont la plus fréquente et la plus grave est la goutte.

Il est difficile de ne pas apercevoir un antagonisme franc entre ces deux points de vue, d'admettre l'identité de l'état général mal défini sur lequel se greffent les névroses alternantes et de l'irrégularité des échanges organiques que M. Bouchard appelle avec un grand bonheur d'expression : le ralentissement de la nutrition.

Tissot a entrevu les écueils d'une solution unique et déterminée : il incline vers le système nerveux sans affirmer que tout se passe de ce côté. Les accidents qui se rapprochent de la migraine sont les troubles visuels, auditifs, olfactifs, les douleurs des téguments, des accès d'oppression et de toux, des éruptions cutanées. On les explique sans trop de peine : l'irritation d'un nerf se communique aisément aux autres, surtout à ceux avec lesquels il a des anastomoses. « Si par suite des lois du consensus, l'état de l'estomac fait souffrir tous les rameaux du sus-orbitaire, l'extrême irritation de ce nerf peut, par suite de ces mêmes lois, déterminer le vomissement, et le vomissement devient le remède qui, par un cercle admirable, naît du mal même : la violence de la douleur fait fuir sa cause. »

Tissot ne pousse point le radicalisme jusqu'à faire table rase de toutes les doctrines en faveur; il admet

l'influence de la pléthore comme Stahl : on a vu des migraines cesser par un saignement de nez, par une diarrhée critique, par la ménopause. Croit-il, comme les disciples d'Hoffmann, qu'elle agisse par les dilatations et les spasmes? On ne saurait le dire. Cette doctrine ne paraît pas l'effrayer, car il rapporte des exemples qui eussent aisément servi à la soutenir. « J'ai vu, dit-il, un homme d'environ quarante ans, sujet pendant longtemps à de violentes migraines, et qui, depuis qu'il ne les avait plus, était sujet à des attaques de douleur très violentes qui lui occasionnaient le sentiment d'une ceinture extrêmement serrée tout autour de la poitrine et lui gênaient excessivement la respiration. »

Les complexus de même ordre peuvent se succéder. « On comprend aisément comment une maladie cutanée ou une évacuation habituelle, supprimées, peuvent produire d'autres maladies et déranger considérablement la santé ; il n'est pas aussi aisé de saisir d'abord pourquoi il est si dangereux de perdre une maladie qui n'est que douloureuse et qui, paraissant ne dépendre que d'une irritation sympathique, n'est pas dans les conditions des douleurs humorales, telles que la goutte et le rhumatisme. Ce n'est pas perdre la douleur qui est un mal, ce serait au contraire un bien que de n'avoir plus la migraine ; mais, la migraine étant l'effet d'une cause maladive qui reste dans l'estomac, si la douleur de tête passe, c'est une preuve ou que l'action de l'estomac s'affaiblit, et quand l'âge amène cet affaiblissement, c'est une preuve de dérangement, ou que cette action porte sur quelque autre partie, et si cette partie est un nerf de quelque organe interne, les désordres qui en résultent sont bien plus fâcheux que la migraine. »

La conséquence thérapeutique d'une pareille doctrine, c'est qu'il faut la respecter : c'est que toute tentative des-

tinée à l'enrayer est grosse de dangers ; les indications pourraient être résumées de la sorte : laisser venir les accès et les atténuer.

Les principes rigides sont un bon point d'appui ; pour l'exposition, ce serait dans la pratique un déplorable guide ; mieux vaut indiquer tous les remèdes rationnels et empiriques, et, sans rien affirmer, laisser deviner ses préférences.

L'artériotomie des temporales, recommandée par Turner, n'est pas une panacée, mais elle a du bon. L'estomac est surtout en cause ; il faut s'occuper de lui : un régime antidyspeptique n'a jamais d'inconvénients. Si les accès sont rares, l'abstention est sage : on a dit du bien des amers, du quinquina surtout ; il n'a d'avantages que quand la migraine est d'origine palustre. La chose arrive. « Le même effet qui produit les fièvres intermittentes occasionne souvent des maladies à la même heure. J'ai vu des vomissements et des envies de vomir très violentes, des maux de tête excessifs, des maux de dents, et très souvent des douleurs inouïes dans un œil, la paupière, le sourcil et la tempe du même côté avec une rougeur de l'œil et un larmoiement continuels. J'ai même vu deux fois un gonflement si prodigieux que l'œil sortait de plus d'un pouce de la tête et qu'elle-même était extrêmement enflée » (1).

Il est facile de s'apercevoir que l'écrivain a fait ici mieux que d'arranger les idées d'autrui ; sa remarque est à la fois judicieuse et juste. Il s'est assez désintéressé des autres moyens de traitement pour qu'on ne puisse lui faire un reproche d'en parler sans chaleur.

Rivière a recommandé les eaux de Balaruc, on peut aller aux eaux de Balaruc. Certains malades sont sou-

(1) *Avis au peuple sur sa santé*, 3e édit., 1777, p. 186.

lagés par le café au moment de l'accès ; tous les migraineux peuvent en prendre sans danger ; n'importe quelle tisane chaude aurait peut-être le même effet. L'opium fait dormir, et il rend service lorsque les douleurs sont extrêmes ; on a vu la compression du sus-orbitaire soulager. Tissot tient si peu à décourager les amateurs de médications nouvelles qu'il parle avec éloge d'un procédé que ses contemporains devaient trouver bizarre : « M. Sigaud de la Fond dit avoir vu nombre de fois la migraine cesser en appliquant quelques moments le pôle sud d'un petit barreau aimanté sur la partie affectée et pendant que le visage du malade était tourné vers le Nord. L'autorité d'un aussi bon observateur ne peut qu'encourager à réitérer ces essais (1). »

Il n'y a qu'un jugement à porter sur ce travail : il a les qualités d'une excellente revue d'ensemble, la clarté et l'élégance ; ce n'est point une œuvre originale.

On y rencontre moins d'observations que dans Wepfer, moins d'analyse clinique que dans Lepois ; moins de hardiesse que dans Fernel. Aucun d'eux n'a peut-être rendu autant de services aux médecins que Tissot ; il a précisé le sens du terme courant ; s'il n'a pas isolé la migraine de la névralgie typique du trijumeau il l'a bien distinguée du clou hystérique et des douleurs unilatérales, symptomatiques des lésions de voisinage ou d'intoxications miasmatiques.

§ IV. — Coup d'œil sur l'étude de la migraine depuis le commencement du siècle.

Désormais notre historique est fini. Les travaux publiés depuis Tissot sur la migraine sont des reproductions de

(1) *Éléments de physique théorique et expérimentale*, § 957, t. IV, p. 590.

ce que nous avons vu, ou n'ont rien perdu de leur actualité. En insistant longuement sur eux nous ne pourrions que nous répéter ou anticiper sur les chapitres qui vont suivre. Nous donnerons un simple aperçu des tendances doctrinales prédominantes et des recherches qui leur ont donné naissance.

Au commencement du siècle, les tentatives de localisation et d'isolement continuent; il est plus question de névralgies trifaciales que d'hémicrânies. Leidenfrost, Forstmann, Watson, Simon, Siebold, André, qui parla le premier de tic douloureux, Chaussier, etc., s'en occupent à différents titres. Dans la suite, les visées devinrent plus ambitieuses, on s'attaqua aux névralgies en général, et il ne fut plus question de la migraine que comme épisode des discussions engagées sur ce sujet. Swann prétendait qu'il n'y avait pas de différence essentielle entre elle et le tic douloureux. Descot, qui répéta ses recherches sur les lésions des nerfs et adopta ses idées, ne s'occupe guère de la migraine. Il y avait beaucoup à faire en 1834 pour amener l'étude au point où elle en est aujourd'hui. Schönlein donnait l'hémicrânie comme une variété d'hystérie céphalique siégeant sur les divisions des nerfs frontal et temporal et sans symptômes objectifs (1).

On prit peu à peu pour la facilité des descriptions l'habitude de ne plus identifier avec elle la névralgie faciale; jusqu'en 1860, ce fut à peu près le seul progrès fait dans son étude. Depuis lors, des accidents notés au début comme accessoires sont passés au même rang que la douleur et les phénomènes gastro-intestinaux. On parlait sans insister de la pâleur ou de la rougeur de la face, des changements de forme et de saillie du globe de l'œil, des troubles visuels; on ne songeait guère à les

(1) *Allg. und spec. Pathol. und. Therapie*, IV Bd, p. 149.

expliquer. Les recherches modernes sur le grand sympathique ont modifié profondément les choses.

Isolé au XVIIIe siècle par Haller et Vinslow, considéré par Bichat comme l'origine de toutes les fibres trophiques qui se rendent aux éléments anatomiques, il fut étudié expérimentalement vers 1840 par Henle (1) et Stilling (2). Ceux-ci nièrent son influence directe par la nutrition, montrèrent que ses filets terminaux se joignant à d'autres venant de l'axe cérébro-spinal se perdaient dans les parois des vaisseaux dont ils réglaient les mouvements. La chose en était là lorsque les recherches de Claude Bernard firent voir l'influence de la section du sympathique cervical et de l'arrachement de ses ganglions sur la circulation de la face et du crâne. Vinrent ensuite celles de Brown Séquard, de Donders, de Virchow, de Budge et Walter (3), etc. Il eût été extraordinaire qu'elles restassent lettre morte pour les médecins; qu'on ne cherchât point à rapprocher des phénomènes vaso-moteurs observés dans ces conditions ceux de la migraine qu'ils rappelaient. Le premier mémoire conçu dans ce sens est celui de Dubois Reymond, qui date de 1860, puis vinrent ceux de Möllendorf, d'Oscar Berger, etc.

En même temps, les accidents oculaires, observés avec plus de soin qu'auparavant, devinrent l'objet de travaux spéciaux en Angleterre d'abord, puis en France. Mais ici plus que partout ailleurs, nous sommes en pleine actualité : c'est à dessein que nous avons évité de toucher dans cet historique à tout ce qui regarde la migraine ophtalmique; nous nous réservons de l'aborder à la fin de ce travail.

(1) *Pathol. Untersuch.*, Berlin, 1840.
(2) *Unters. üb. d. Spinalirritationen.*
(3) V. Mastboom, *Over vaso-motorischen zenuwen en hare functionnelle Stoornissen bij Neuralgien aan het Hoofd.* Th. doct. Utrecht, 1877.

CHAPITRE II

SYMPTOMES DE LA MIGRAINE

§ I. — L'accès de migraine.

Dans ses leçons cliniques, le regretté professeur Lasègue revenait souvent sur la difficulté de donner un tableau fidèle de phénomènes fugaces comme les phénomènes morbides; sur la nécessité de les immobiliser un instant, de les grouper virtuellement de manière à obtenir une description rapprochée de la vérité, mais ne s'adaptant jamais parfaitement à un cas donné. Dans une courte étude faite lors de la publication du travail de Liveing, il a vivement senti ces difficultés :

« La migraine, dit-il, comme toutes les maladies à phénomènes essentiellement subjectifs, est difficile à décrire pour ceux qui n'ont pas subi sa douloureuse épreuve; mais en revanche il n'est pas moins difficile aux migraineux de faire comprendre leurs souffrances à ceux qui ne les ont pas éprouvées. Un autre obstacle s'oppose à l'étude de ces affections dépourvues de contrôle objectif et qui se résument dans des sensations presque intraduisibles : comment les définir ? Qu'est-ce que la migraine, non pas dans son essence, mais dans sa phénoménologie, et comment la distinguer de tant de

céphalalgies, avec lesquelles elle entretient d'apparentes affinités (1)? »

Le mieux est de partir de l'attaque telle que la connaissent ceux que la maladie a touchés et de revenir dans une analyse minutieuse sur chacun des symptômes.

L'accès de migraine est annoncé douze, quinze, parfois vingt-quatre heures à l'avance par des prodromes sur le compte desquels on ne se méprend guère, tantôt c'est un peu de fatigue, d'autres fois une alacrité et une sensation étranges de bien-être; on a vu des gens le prévoir parce qu'ils avaient plus d'appétit et digéraient mieux que d'habitude. La nuit se passe sans accidents, sauf un peu d'agitation et des rêvasseries; le lendemain matin, un calme relatif persiste; des pandiculations, une sensation de malaise général, la crainte du bruit et de l'application, un peu de répugnance pour les aliments, des scotomes si légers que les myopes n'y prennent pas garde, une tension pénible au-dessus de l'orbite ou vers la tempe, c'est à peu près tout ce qu'on éprouve. Bientôt l'attaque se dessine, la tension devient douleur, elle rayonne d'un point maximum dans la moitié correspondante de la tête et parfois du côté opposé. Son intensité augmente; elle est compressive, lancinante, térébrante. On ne saurait dire en quel point elle est le plus vive; certaines personnes se plaignent qu'un cercle de fer leur étreint le front; d'autres qu'une calotte de plomb leur écrase la tête; chez d'autres le péricrâne semble détaché violemment des os, comme s'il était scalpé. Les mouches volantes font place aux scotomes scintillants, le champ visuel est limité par des lignes de circonvallation irisées; la vision devient impossible dans une de ses moitiés. Il

(1) *De la migraine.* Archives générales de médecine, VI[e] série, 1873, t. II, p. 580.

y a des bruissements dans les oreilles, les odeurs un peu fortes sont insupportables, l'inaptitude au travail est complète, le malade ne demande plus qu'à attendre dans le repos et l'obscurité la fin de son paroxysme. Les troubles gastriques suivent la même progression. MM. Gubler et Bordier les comparaient avec raison au mal de mer, les bâillements du début font vite place aux nausées et aux vomissements. Chez beaucoup de personnes, on note une exagération de la secrétion salivaire avec perte complète de la soif et de l'appétit. Vers la fin survient une accalmie passagère, suivie souvent d'un redoublement et d'un changement de caractère des douleurs ; les cheveux se hérissent, le cuir chevelu est si sensible que la moindre pression arrache des cris, qu'il est impossible de supporter une coiffure. A ce moment, certains malades se plaignent que leur tête augmente démesurément de volume, qu'ils éprouvent à l'intérieur un ballottement insupportable.

Les caractères objectifs varient de la même manière : on distinguait, parfois au début de brusques battements des tempes du côté intéressé; la joue et la moitié correspondante du front étaient plus pâles que d'habitude. Dans la suite, ils rougissent, s'échauffent en même temps que les téguments de l'oreille; il y a de la photophobie, du larmoiement, de l'injection conjonctivale, de la myosis ; chez presque tous les malades, on note un ralentissement du pouls, un refroidissement des extrémités qui contraste avec la chaleur de la région douloureuse.

« Les premières manifestations cérébrales sont la torpeur intellectuelle, l'absence complète d'idées, ou bien au contraire un subdélire analogue aux rêves ; mais pas assez impérieux pour que le malade ne puisse le dominer; en d'autres termes, la condition encéphalique est celle de l'entame du sommeil. C'est à partir de ce

moment que le sommeil s'impose; jusque-là, on avait réussi ou non à s'endormir, on en éprouve le besoin. Le sommeil clôt la crise, et après un temps indéterminé, on se réveille comme étonné, sans éprouver le bien-être qui semblerait devoir accompagner la délivrance, mais assez complètement délivré de la douleur. On n'est guéri que lorsqu'on a mangé. » (Lasègue.)

§ II. — Analyse des symptômes.

1° *Mode de début.* — Celui que nous avons indiqué est le plus fréquent : « La migraine, dit M. Trumet de Fontarce, est une affection diurne. » Cette règle souffre pourtant des exceptions; l'accès peut commencer à toute heure de la journée, même le soir.

Un malade de M. Chaumier avait des crises à début matinal et à début vespéral, celles-ci duraient la nuit et toute la journée du lendemain : les autres finissaient douze heures plus tard. Wepfer rapporte qu'un migraineux soigné par lui était presque toujours réveillé par une soif intolérable la nuit qui précédait son accès. Dans d'autres cas, les accidents prémonitoires sont des fourmillements, des spasmes, des contractions fibrillaires, des douleurs de muscles analogues à celles que Handfield Jones a notées au cou. Dans une autre observation de Chaumier, quelques attaques furent précédées d'étourdissements; il est bon de noter que la personne en question avait eu naguère des poussées vertigineuses accompagnées de perte de connaissance et de convulsions. Monneret et Fleury ont vu la migraine commencer par un engourdissement du petit doigt passant au bras, au cou, à la langue et rendant difficile l'articulation nette des mots. Le début dans un autre cas de Jones rappelait celui des affections graves du cerveau déterminant une

céphalalgie paroxystique unilatérale. « Les crises étaient si violentes, si tenaces, que dès leur apparition, la malade n'avait plus, selon ses propres expressions, qu'à se mettre au lit et à souffrir. Rien dans l'intervalle n'attirait l'attention du côté des centres nerveux. La veille, voici comment les choses se passaient; la face était un peu plus colorée que d'habitude, le champ visuel parsemé de points noirs ou de scotomes étendus. En même temps un bras — cette femme a remarqué plusieurs fois qu'elle ne s'était pas couchée de ce côté — était engourdi, éprouvé par des picotements incessants. » Durant l'attaque, les phénomènes de paralysie vaso-motrice prédominaient. L'intelligence restait intacte, mais l'intensité de la douleur empêchait la malade de se livrer à aucun travail suivi. H. Jones s'explique difficilement les prodromes, il croit qu'ils répondent à un trouble temporaire, mais assez étendu d'autant plus qu'il y avait des déments parmi les ascendants de cette personne.

« L'apparition brusque de la douleur dans une jambe, dit-il, sa disparition à l'arrivée de la migraine, sont des choses dignes de remarque; elles indiquent avec l'engourdissement du bras une tendance aux désordres et aux localisations multiples dans le système nerveux central. Où siège exactement celle dont résulte la migraine? Bien que j'admette son affinité avec les névralgies, je ne saurais la rapporter exclusivement aux nerfs de la cinquième paire, à l'occipital, ou à leurs noyaux d'origine. La douleur semble plus profonde que les téguments du crâne; la face en est exempte; il n'y a même pas de points fixes, la malade n'est pas affaiblie, elle n'a été exposée à aucune influence débilitante; il me paraît donc impossible de répondre avec certitude à la question. Certaines choses laissent supposer que tout se passait dans les hémisphères cérébraux. La qualité des

troubles nerveux était dans l'espèce de première importance ; le traitement le démontra, car la strychnine réussit après l'échec du bromure de potassium. On ne peut supposer qu'une chose à propos de changements anatomiques : qu'ils consistaient dans une altération nutritive initiale des cellules. Il est possible que le poison goutteux plus ou moins modifié ait été la cause de tout, mais la principale influence est due certainement à l'instabilité héréditaire de la vie nerveuse, pour laquelle la folie des ascendants avait créé une tendance (1). »

Les tiraillements intra-oculaires profonds ont été notés par Wepfer et Jones; chez une malade de Berger, des migraines cataméniales débutaient par des accidents neuro-paralytiques : au-dessous du sourcil droit, il se fermait une tache rouge arrondie large d'abord comme une pièce d'un groschen, et s'étendant beaucoup dans l'espace de quelques heures; puis survenait une douleur circonscrite de la joue; la fluxion gagnait toute la moitié de la face. Il suffisait que la malade mangeât un peu plus que d'habitude, qu'elle fît une course au grand air pour faire apparaître l'hypérémie. Il lui devint impossible d'assister à une soirée sans qu'on aperçût au-dessous des paupières la marque menaçante ; si elle rentrait et gardait le repos, l'attaque était conjurée. M. Berger rattache l'accident à l'hémophilie ; chez cette personne, une contusion même légère était toujours suivie d'une ecchymose persistante.

Dans le cas d'Anhalt, il y avait d'abord une sensation de constriction précordiale, puis un frisson ; c'était une hémicrânie palustre (2).

Chez l'homme, les phénomènes génito-urinaires, peu

(1) *Med. Times and Gaz.*, 31 janvier 1874, p. 124.
(2) *Zur Pathogenese de Hemikranie.* Virchow's Archiv. 1874, t. LIX, p. 314.

importants d'habitude, peuvent précéder les autres, Chaumier mentionne des érections initiales. Il est au contraire de règle que le caractère soit modifié : l'impressionnabilité est excessive : elle s'accompagne d'une anxiété vague et pénible, parfois de délire léger et d'amnésie verbale. Le prédicateur Spalding est un jour occupé dans une réunion de charité à une besogne fatigante, il doit répondre à plusieurs personnes, inscrire des recettes et des dépenses, faire des comptes. « Tout à coup, dit-il, il me fut impossible de continuer parce que je ne trouvais plus les mots. J'essayai d'écrire lettre par lettre, mais je sentais parfaitement que je ne traçais pas celles qu'il eût fallu.

Je dus m'arrêter et faire comprendre par gestes à mes voisins que j'avais besoin de rester quelque temps seul. Pendant près d'une demi-heure, il régna un tel désordre dans mon esprit que je fus incapable de formuler une idée. »

Tout se termina par un violent mal de tête (1).

Etait-ce une véritable migraine? Il est permis d'en douter, l'absence suivie d'aphasie nous paraît correspondre à un trouble de la circulation cérébrale plus sérieux. L'irritabilité, la confusion des idées, l'anxiété et l'affaissement moral sont des phénomènes de début, mais on ne saurait en dire autant des autres.

2° *Douleur.* — Il faudrait un vocabulaire pour renfermer toutes les expressions qu'emploient les malades : on leur martelle la tête, on enfonce des coins dans le crâne, on gratte les os ou on les fend. Certains auteurs, prenant ces métaphores au sens propre, ont dit qu'on avait vu, dans des crises d'hémicrânie, les sutures se disjoindre. Stalpart van der Viel (2) et Fabrice de Hilden en parlent.

(1) Crichton, *Inquiry into mental derangements*, t. I, p. 287, cité par Liveing.

(2) *Observ. rariores med. anat. et chir.*, Leyde, 1687, liv. I, obs. I.

Comme le fait remarquer justement M. Lasègue, les douleurs sont plutôt contusives que lancinantes. L'unilatéralité est un élément important; les classificateurs systématiques en ont tenu exclusivement compte. « La migraine, disait Tissot, occupe seulement une moitié de la tête et principalement le front, l'œil et la tempe. » Il fait avec raison remarquer un peu plus loin que parfois les deux côtés sont pris et qu'il n'y a entre l'un et l'autre qu'une différence d'intensité. La bilatéralité est plus fréquente que les malades ne le disent. « Cela tient, dit M. Henschen, à ce qu'ils ne parlent que du point où la douleur est la plus forte. Il est facile de constater que d'autres endroits sont également pris ; on ne songe à eux qu'après l'accès (1). »

La plupart des auteurs ont fait des réflexions analogues. « Les douleurs, dit Pelletan, existent souvent d'un seul côté, et le sens étymologique se trouve juste; mais la chose est loin d'être constante; tantôt elles occupent la totalité de la tête, tantôt un point tout à fait circonscrit, à l'occiput, aux bosses pariétales, mais le plus souvent au front et aux deux tempes, elles changent quelquefois de place pendant un même accès. Ainsi dans le commencement, elles existent à l'occiput puis, peu à peu, vont d'arrière en avant pour occuper le front, d'autres fois elles se font sentir vers la partie antérieure de la tempe d'un côté, et finissent au point correspondant de la tempe opposée. La douleur ne se borne pas seulement à envahir un point, ou une partie plus ou moins grande de la boîte du crâne, elle occupe très souvent l'œil et même le fond de l'orbite » (2).

Il est bon, pour en discuter le mécanisme ordinaire, de

(1) *Naagra Iaktagelser öfver Migrän.* Upsal, Imp. académique, 1881.
(2) *Coup d'œil sur la migraine.* Paris, Daville, Cavelier, 1832, p. 32

savoir quels points elle intéresse de préférence ; sous ce rapport il existe de nombreux dissentiments :

« Le plus souvent, dit M. Vulpian, le mal de tête siège surtout dans la région frontale et tout autour de l'orbite ; il s'accompagne d'une douleur profonde et d'une souffrance du globe oculaire lui-même (1).

Pour Eulenburg, les hémicrânies alternantes sont presque aussi fréquentes que les autres, la douleur peut siéger indistinctement sur la ligne médiane et les parties latérales ; sur les régions temporale et frontale (2).

« Topographiquement, dit M. Lasègue, la migraine est hémicrânienne, occipitale, syncipitale ou diffuse. Dans le premier cas, elle a son maximum d'intensité dans l'orbite aux régions sus-orbitaire et temporale sans se fixer jamais au-dessous de la ligne sous-orbitaire ; tout au plus survient-il une sensation vague de pesanteur et d'empâtement de la face et un peu d'agacement des dents. »

Fothergill pense qu'elle intéresse rarement toute la tête, son siège de prédilection est le front, mais elle s'étend souvent aux deux yeux (3). Lebert fait la même remarque : Sur 58 cas compris dans les tableaux de Liveing, 41 étaient bilatéraux. « Sir James Clarke, dit-il, a noté que la douleur, très violente, est en général bien limitée au-dessus du sourcil ou à la tempe, le plus souvent elle s'étend de son foyer d'origine aux régions temporale et pariétale ; rarement elle atteint l'occiput. » D'après Lebert, cette irradiation s'observe surtout vers la fin de l'attaque (4).

(1) *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, Paris, G. Baillière, 1875, t. II, p. 610 et suiv.

(2) In *Ziemssen's Handb.* 12te Bd. 2te, Hfte I, 1877.

(3) *Remarks on sick head*, in Med. Obs. and Inquiries, 1778 et Works.

(4) *Hand. d. prakt. Med.*, t. II, p. 570. Ed. 1860 et *Mal. cancéreuses*, p. 778.

Nous ne connaissons qu'une statistique portant sur un nombre respectable de cas, et dans laquelle soient indiqués le point maximum et les irradiations : celle de M. Henschen.

Le tableau suivant la résume :

MAXIMUM.		IRRADIATIONS frontales.	sincipitales.	temporales.	jugales.	cervicales.
Frontal....	110	»	42	86	19	49
Temporal..	100	86	86	»	20	50
Sincipital..	54	42	»	31	10	29
Jugal......	23	19	10	20	»	15
Cervical....	6	49	29	50	15	»

Ainsi sur 123 cas, la douleur a été 56 fois unilatérale, et 67 fois bilatérale, 24 fois l'intensité était la même des deux côtés : 13 fois elle était plus prononcée à droite, 3 à gauche.

Nous avons respecté rigoureusement les chiffres et les têtes de colonne données par l'auteur, il nous semble pourtant qu'il faut une grande bonne volonté pour rattacher tous ces cas à la migraine telle que nous la comprenons en France; il est probable que les douleurs à maximum jugal appartenaient à des névralgies faciales proprement dites. Du reste, la localisation définitive et précise est impossible parce qu'elles peuvent changer brusquement de côté ; dans un accès, tout se passe à droite; dans le suivant, c'est la gauche qui sera prise.

La durée de l'attaque est également indéterminée. « Une des plus courtes que j'aie vues, dit M. Liveing, est celle d'un gentleman qui fut complètement délivré dans

l'intervalle d'un voyage en voiture de Windsor à Londres » (1). Tissot admet un cours moyen de 24 heures, Parry a vu souvent la douleur persister trente-six.

La terminaison se fait graduellement comme le début, mais il y a des arrêts et des retours offensifs. L'impuissance psychique fait place à une tendance irrésistible au sommeil. M. Trumet de Fontarce ne pense pas comme M. Lasègue, que l'ingestion d'aliments marque toujours définitivement la fin de la crise. Même lorsque l'appétit existe, il faut beaucoup de prudence et de discrétion; le malade est sous le coup d'un besoin intérieur de réparation organique. « Si, méconnaissant ce cri de souffrance émané de la profondeur de la vie cellulaire, il persiste dans une abstinence maintenant fâcheuse, il ne tarde pas à constater le retour d'une céphalalgie nouvelle » (2).

L'ingestion hâtive d'aliments conduit au même résultat; heureusement qu'on acquiert vite l'expérience nécessaire pour sortir d'un cercle vicieux et prendre son premier repas au bon moment.

Les phénomènes critiques tels que les épistaxis, le flux catarrhal du nez, les hypercrinies salivaires, et surtout les vomissements ont une signification moindre que le sommeil relativement à la fin de l'accès.

3° *Troubles gastro-intestinaux.* — Nous avons parlé d'une sensation mal définie et « analogue à celle qui, dans un voyage sur mer, se fait sentir au creux épigastrique lorsque le bâtiment s'élève sur le dos des vagues, qu'il retombe dans leur profondeur ou qu'il roule à droite ou à gauche sur sa base mobile » (T. de F.). On

(1) *On megrim, sick headache and some allied Disorders.* London, J. A. Churchill, 1873.

(2) *Pathologie clinique du grand sympathique*, Paris, J.-B. Baillière, 1880.

peut en rapprocher les bâillements; selon M. Soula, ils arrivent pendant tout l'accès, bien que le spasme s'atténue à la période de descente finale (1). Une personne observée par Chaumier avait des éructations acides et une sensation assez analogue à la faim, mais ne pouvait supporter aucun aliment.

Les phénomènes les plus pénibles sont les vomissements; on les trouve à toutes les phases, au début, au milieu, à la fin. Les mucosités, les matières alimentaires, la bile, sont expulsées en abondance. Ce symptôme préoccupe assez les malades pour qu'on s'explique aisément que bon nombre de médecins l'aient placé en première ligne. Et pourtant, comme l'a fait remarquer M. Lasègue, il suffit de regarder d'un peu près les choses pour reconnaître que rien absolument ne permet de songer à une affection même passagère de l'estomac. Le vomissement au début n'a aucune influence sur la durée de l'accès, celui du milieu le fait souvent cesser.

Cet accident n'est pas indispensable pour constituer la migraine, il change d'intensité et de forme, la place qu'il occupe dans l'évolution de l'attaque n'est pas constante. Bien des gens se rappellent qu'ils vomissaient naguère et ne vomissent plus, mais la céphalalgie est plus intense. Sur 103 cas, M. Henschen a noté les vomissements et les nausées dans 54, à peu près la moitié.

Des autres symptômes observés du côté des voies digestives, la constipation est le plus ordinaire. La diarrhée dans le cours de l'accès est rare. La plupart des migraineux s'attendent à voir rapidement finir la crise lorsqu'ils éprouvent le besoin d'aller à la garderobe.

4° *Troubles visuels.* — Nous n'écrivons ce titre que

(1) Th. de Paris, 1883.

pour mémoire, le scotome, l'hémiopie et l'amblyopie sont autant de manières d'être de la migraine ophthalmique étudiée plus loin.

5° *Vertiges.* — Tout le monde n'est pas d'accord sur leur valeur sémiotique. Ils peuvent se présenter avec ou sans troubles sensoriels ; nous nous occuperons seulement de la seconde variété.

Liveing accorde au vertige une grande importance ; il essaye, ce que personne n'avait tenté avant lui, d'établir une variété de migraine dont il constituerait le seul symptôme.

Ce phénomène est pénible; c'est de lui surtout que se plaignait le malade dans un cas relaté par Bonet (1). Chez un autre observé par de Parry la station verticale était à peu près impossible durant la crise. Liveing rapporte l'observation d'un migraineux pour lequel le matin des jours d'accès tous les objets tournaient avec une incroyable vélocité. M. Lasègue s'est tenu sur une réserve défiante relativement à la nature du symptôme. Est-il juste de parler d'hémicrânie quand il existe à ce degré? N'est-ce pas le premier accident d'une autre maladie telle que la folie ou l'épilepsie? L'homme de Liveing appartenait à une famille suspecte ; la ligne maternelle comptait des déments et des épileptiques; chez lui, les attaques revenaient à des intervalles irréguliers dans le cours desquels il se plaignait de gastralgies, de spasmes nocturnes et violents du larynx. Dans un cas de Chaumier, tout débutait par une perte de connaissance; les accès vertigineux étaient précédés d'aura et suivis de petits mouvements convulsifs; la même chose se passait chez une femme soignée par H. Jones, son père était mort à 47 ans d'une hémorragie céré-

(1) *Sepulchretum*, t. I, p. 16.

brale; elle-même avait été éprouvée en Amérique par la dengue ou fièvre rouge et une affection abdominale à paroxysmes douloureux que les médecins du pays appelèrent une névralgie du foie. Le seul vertige qui ne prête à aucun doute est celui qui accompagne des désordres sensoriels sans autres phénomènes suspects.

6° *Troubles de l'idéation, aphasie.* — Un des premiers, Liveing a tenté d'étudier ces symptômes à fond. Les deux paragraphes qu'il leur consacre sont remplis de faits. Malheureusement l'auteur n'a point apporté une sévérité suffisante dans le choix et le classement de ses matériaux; une vague incertitude enveloppe l'ensemble et déconcerte le lecteur.

Les troubles psychiques sont de trois ordres : 1° l'intelligence est légèrement affaiblie pendant l'accès sans qu'il y ait d'embarras de la parole; 2° il y a de l'aphasie et des troubles de l'idéation; 4° l'aphasie est isolée.

1° Nous avons signalé l'irritabilité initiale, le besoin impérieux de repos; chez les femmes, ces symptômes font vite place à une attitude découragée, à un affaissement presque puérile. La résignation stoïque est rar chez les migraineux. « Certains, dit M. Trumet de Fontarié, passent leur vie dans une constante préoccupation de ce qui doit leur arriver le lendemain; des troubles variés, fugaces, incertains, mais continuels du côté de l'estomac, du côté de la tête et de la susceptibilité générale leur sont une perpétuelle menace de retour de leur mal, et ils ont à s'interroger chaque jour pour savoir s'ils vont ou non échapper à une nouvelle rechute ». Cette espèce d'hypocondrie prédispose à la dépression. « Le malade, disait Dwight, qui connaissait la chose pas expérience, arrive à se croire l'être le plus malheureux de

la création » (1). L'angoisse si marquée dans le cas d'Airy s'explique d'une autre manière; il était tourmenté d'une migraine ophtalmique à scotomes irisés. Rien n'est insupportable comme certaines sensations subjectives; c'est pour faire disparaître les doubles images que les gens atteints d'insuffisance musculaire exagèrent instinctivement leur difformité. On rencontre de temps en temps des accidents psychiques se combinant de telle sorte qu'il est difficile de dire lequel prédomine, Liveing a emprunté à Prichard quelques cas rentrant dans cette catégorie : une femme avait des accès de somnambulisme 24 heures avant sa migraine. Chez un jeune homme très intelligent, un peu surmené, le début ressemblait à celui de l'accès d'épilepsie, plus tard le malaise, analogue à l'aura, fut remplacé par de l'obnubilation visuelle et un affaissement moral allant jusqu'au subdélirium.

2° Lebert, qui observait sur lui-même, a noté au début de l'aphasie; il avait conscience de son impuissance à trouver les mots en même temps qu'il éprouvait un engourdissement de la langue et des doigts d'un côté (2). « Dans la thèse d'agrégation de Legroux, se trouvent deux observations dues à M. Charcot dans lesquelles sont notés les fourmillements et l'aphasie ; enfin, cette année même, une nouvelle observation a été publiée par Bonnal. Dans ce cas, il y avait également des troubles de la parole. Je dois ajouter que M. Charcot m'a dit avoir observé beaucoup de cas semblables; toujours les fourmillements étaient à droite ou des deux côtés » (Sarda).

La difficulté d'expression ne se reproduit pas à chaque attaque, elle n'a pas toujours le même caractère. Un

(1) *New-York med. Repository*, 1800, t. II, p. 17.

(2) *Traité pratique des maladies cancéreuses*, t. I, p. 778, Paris, 1851.

jour en voiture, dit Airy, j'eus l'intuition que les mots m'échappaient » (1). Chez un malade de Parry, l'attaque débutait par un engourdissement du cuir chevelu; puis survenait l'aphasie. Chaumier a vu plusieurs personnes sauter involontairement des mots en lisant et en écrivant.

3° L'aphasie pure et simple des affections localisées du cerveau est rare dans l'hémicrânie. Ici encore Liveing a tenu trop peu de compte des difficultés du diagnostic : une personne lui raconte qu'elle a perdu la parole au début d'une crise; que cette crise ne présentait pas d'autres différences avec celles qui l'avaient précédée; il la croit, et ne songe pas à soupçonner quelque chose de plus grave. « Je descendais, lui écrivait un malade de l'omnibus de Charing-Cross; des cloches voisines sonnaient. Voulant demander à quelle église elles appartenaient, je ne réussis qu'à balbutier des mots inintelligibles. L'homme auquel je m'adressais me crut ivre ou fou; il me rit au nez et s'en alla. » Il est difficile de ne pas partager le doute de M. Lasègue sur la nature du cas.

7° *Troubles vaso-moteurs.* — Les écrivains anglais et les écrivains allemands ne leur accordent point la même importance; tandis que la seconds s'efforcent de rattacher tout le processus au sympathique cervical, les premiers s'inquiètent peu de symptômes capables d'attirer l'attention de ce côté. Liveing, qui revient si souvent sur les désordres psychiques et sensoriels, ne dit même pas si le visage était rouge ou pâle, si l'œil était normal ou déprimé. Des céphalalgies de Day celles qu'il appelle congestive et névralgique se rapprochent le plus de notre migraine; ni dans l'une ni dans l'autre, les phénomènes

(1) *Philosophical Magazine*, July, 1865, p. 19.

vaso-moteurs ne le préoccupent (1). Une malade a le cuir chevelu chaud, les capillaires de la peau dilatés ; quel est l'état de la pupillle et du globe oculaire? On ne sait. Chez une autre personne les conjonctives et la face sont rosées ; voilà la seule mention relative à l'état des vaisseaux !

Il suffit de parcourir une observation allemande récente pour que le contraste saute aux yeux : la rougeur ou la pâleur, leurs localisations, leur marche, sont minutieusement enregistrées. Le seul reproche qu'on puisse adresser à ces descriptions, c'est qu'elles sont parfois trop conformes aux données de la physiologie expérimentale.

En tenant compte seulement de la teinte faciale, on trouve deux formes cliniques bien tranchées, les migraines blanches et les migraines rouges. Eulenburg, Berger, Brunner, Rosenthal, etc., les appellent sympathico-toniques et neuro-paralytiques. Tous les accidents du premier type font songer à un spasme des muscles des artères de petit et de moyen calibre : la peau est pâle, sèche, comme ridée; la quantité de sang du réseau sous-cutané a brusquement diminué, la temporale du côté intéressé est dure et sinueuse, ses pulsations ressemblent à des torsions. Eulenburg a noté un abaissement thermique de 0,4 à 0,6 de degré centigrade dans la région. Tout ce qui peut augmenter la tension dans les vaisseaux céphaliques, toute flexion du corps exagèrent la douleur.

La compression de la carotide du côté intéressé produit le même résultat, tandis que celle de sa congénère est suivie d'une légère amélioration. A cette forme

(1) *Headaches, their nature, cause and treatment.* London, J.-A. Churchill, 1880, p. 248.

appartiennent : la dilatation pupillaire, l'enfoncement du globe de l'œil (1), et parfois une sialorrhée passagère. Ces symptômes disparaissent graduellement lorsqu'on approche de la fin de l'accès. D'autres fois, la modification est frappante et rapide, le refroidissement fait place à la chaleur locale, l'enfoncement de l'œil à l'exophtalmie ; la mydriase à la myosis ; la migraine rouge succède sans interrègne à la migraine blanche : c'est la phase ou, si l'on aime mieux, la forme neuro-paralytique de Möllendorf. La douleur est modérée par la compression de la carotide du côté malade, il y a de l'éphidrose, avec des hypérémies artérielle et veineuse du fond de l'œil qu'il est presque toujours possible de constater à l'examen ophtalmoscopique.

Les symptômes vaso-moteurs nous semblent faire partie intégrante de l'hémicrânie au même titre que la douleur et les troubles gastriques ; sans doute leur étendue et leur intensité sont variables ; une moitié de la face est parfois cramoisie, tandis que dans d'autres cas tout consiste en une tache limitée, avec un peu d'injection conjonctivale, mais jamais nous n'avons noté l'absence complète de ces phénomènes, quels que fussent le caractère et l'origine des accès.

Il est difficile, dans cette étude, de tirer sérieusement parti des observations pourtant si nombreuses que renferme la littérature médicale, la plupart sont incomplètes ou rédigées avec une arrière-pensée théorique. On veut rattacher la migraine à l'arthritisme, à la goutte, au

(1) Il est parfois tel qu'on croit la fente palpébrale rétrécie ; dans un cas de Berger, celle de gauche (côté sain) avait un diamètre vertical moyen de 10 millimètres; celle de droite, un diamètre de 7 millimètres; il en résultait que, même quand l'œil était ouvert au maximum, le bord supérieur de la cornée du côté droit était couvert par la paupière.

nervosisme ; les antécédents sont pris avec soin, aucune maladie antérieure n'est omise. Pour celle qu'on étudie, on dit simplement que ses accès sont fréquents ou rares, qu'elle siège à droite ou à gauche, comme s'il s'agissait d'une chose si connue que toute tentative d'analyse portant sur elle est superflue.

Nous avons malgré tout dépouillé 91 des observations les plus complètes que nous ayons rencontrées ; elles sont empruntées à Manget, à Borelli, à Anhalt, à Forestier, à Tissot, à Wepfer, à Trousseau, Sieveking, Berger, H. Jones, Chaumier, Soula, etc. Nous résumons dans le tableau suivant les résultats que nous avons obtenus.

Symptômes vaso-moteurs.

Rougeur de la face.

Sans autres symptômes	2
Avec injection conjonctivale et photophobie..	1
Avec phénomènes visuels subjectifs	3
Injection conjonctivale, larmoiement, myosis, rétrécissement des paupières et troubles visuels	1
Battements pénibles des tempes	1
Alopécie précoce (32 ans)	1
	9

Pâleur de la face.

Sans autres symptômes	4
Avec injection conjonctivale, larmoiement, photophobie	3
Enfoncement de l'œil, larmoiement	1
	8

Alternatives de rougeur et de pâleur.

Sans autres symptômes	1
Injection conjonctivale, rougeur ultérieure...	2
	3

Pas de changement de couleur.

Injection conjonctivale, photophobie, larmoiement	4
Photophobie	4
Battements des temporales	1
Éphidrose unilatérale	2
Chaleur unilatérale	1
Myose, rétrécissement palpébral	1
Pesanteur de paupières	1
Symptômes visuels subjectifs	2
Tuméfaction palpébrale, larmoiement, photophobie	1
	17

Ainsi, sur 92 cas de migraine jugés dignes d'être publiés, nous trouvons les phénomènes vaso-moteurs mentionnés 37 fois. Cette proportion est notablement au-dessous de la vérité, car il faut tenir compte des imperfections que présente la rédaction des observations et de l'écart considérable qui existe entre le nombre total des cas et le nombre de ceux qu'on publie.

Dans la statistique de M. Henschen, il y a 107 cas dans lesquels la colonne réservée aux troubles vaso-moteurs renferme une mention positive ou négative, mais suffisante pour démontrer que les médecins ont songé à ces symptômes.

Trois fois les malades déclaraient formellement que la face ne changeait pas de couleur pendant l'accès ; il y eut chez les 102 autres 37 fois de la pâleur, 30 fois de la rougeur, 28 fois des changements alternatifs de coloration ; en général tout débutait par de la pâleur.

Notons une sorte de paradoxe symptomatique : lorsque l'angioténie domine à la face et à l'oreille, des phénomènes inverses se passent du côté de l'œil; il y a, dès le début de l'accès, de la rougeur conjonctivale, de la photophobie, du larmoiement contrastant avec la déco-

loration du front et des tempes : c'est une des objections les plus sérieuses qu'on puisse faire à ceux qui veulent voir dans toute attaque de migraine une phase initiale de constriction vasculaire.

8° *Accidents observés du côté de la respiration et de la circulation.* — Ils sont à peu près nuls ; les migraineux qui en présentent aucune affection intercurrente du poumon ou du cœur ne se plaignent jamais dans le cours des crises ou dans leur intervalle de dyspnée imputable à la névrose. « Une particularité curieuse remarquée par l'un de nous sur lui-même et sur certains de ses clients, disent MM. Bordier et Gubler, c'est la facilité de respiration que donne la migraine, facilité qui rappelle les effets de l'arsenic. Des sujets affectés de palpitations en sont exempts pendant une période de l'accès (1). »

En revanche, on a noté dans quelques cas des douleurs précordiales. Forestier, Anhalt, Wepfer ont même insisté sur ce symptôme. H. Jones l'a signalé deux fois ; dans une au moins, il s'agissait d'une coïncidence, la malade avait une dilatation du cœur droit et du pouls veineux des jugulaires. Peut-être un des cas de Forestier était-il de même nature : la malade — une femme de vingt-quatre ans, dont les antécédents pathologiques sont passés sous silence — avait, après chaque accès, des poussées congestives du côté des seins et de l'œdème des jambes.

Signalons enfin, comme phénomènes circulatoires pouvant précéder les accès et alterner avec eux, certains flux sanguins périodiques, et en particulier les hémorroïdes. Trousseau vit survenir des hémorragies gastro-intestinales chez un malade au moment où il perdit ses migraines (2).

(1) Art. Migraine, in *Dict. encyclopédique des sciences médicales.*
(2) *Clinique européenne*, mars 1859.

On constate presque toujours, à la phase de paralysie vaso-motrice, un léger ralentissement des battements du cœur, une diminution du nombre de ceux du pouls, un refroidissement prononcé des extrémités.

9° *Troubles menstruels.* — Ils ont peu d'importance, les femmes ne se plaignent presque jamais qu'au moment des accès les règles durent plus longtemps ou soient plus pénibles qu'à un autre. Nous discuterons plus loin l'influence de l'époque cataméniale sur l'apparition de la crise.

10° *Autres accidents observés du côté de l'appareil génito-urinaire.* — Les anciens auteurs qui ont parlé des modifications de l'urine sont d'accord sur un point : elles sont rares et peu importantes. Calmeil a insisté sur l'augmentation de quantité à la fin de l'accès (1). Dans un cas de Van der Linden, il y avait cinq ou six fois par an de la polyurie (2). Forestier et Wepfer ont observé dans les mêmes conditions un sédiment blanchâtre ; d'autres ont vu l'urine trouble et épaissie. H. Jones a noté le premier peut-être de l'albuminurie. Dans un travail récent, M. Rosenbach rapporte quatre cas dans lesquels de très courtes attaques de migraine en déterminaient (3). Les unes étaient nettes, franchement paroxystiques; les autres, plus fréquentes, consistaient en une céphalée diffuse; revenant parfois à des intervalles de vingt-quatre à trente-six heures.

L'auteur s'est demandé s'il existait une relation pathogénique entre la migraine et l'albuminurie ; mais aucune des hypothèses qu'il donne n'est satisfaisante ; son travail, tout en gardant le caractère d'une constatation pure et simple, est malgré tout digne d'intérêt.

(1) Art. Migraine, in *Dict.*, 30 vol.
(2) *De hemicrania menstrua.* Lugduni Batavorum, 1668.
(3) *Zur Lehre von der Albuminurie.* Zeitschr. f. klin Med., 1883, t. VI, p. 245-46.

M. Chaumier signale l'existence d'une excitation génésique au moment des attaques, il en a vu survenir à la suite d'une continence non habituelle ; ce n'est pas la règle.

11° *Douleurs locales. Troubles locaux de la nutrition.* — Cette partie de l'histoire clinique de la migraine n'a été étudiée que depuis peu d'années. On pensa bien à rechercher les points douloureux à l'époque où Valleix insista tant sur eux dans les névralgies. Les résultats obtenus par les différents observateurs furent trop contradictoires pour qu'on en tînt compte. En 1877, Eulenburg niait absolument les points douloureux dans l'hémicrânie. Depuis lors, plusieurs médecins scandinaves ont interjeté appel de cette sentence. MM. Helleday, Henschen, Wretlind, Norström, se sont efforcés de démontrer qu'on trouve des zones sensibles correspondant à des indurations fibroïdes du cuir chevelu, de la tempe et de la nuque. Pour ces écrivains la migraine n'est pas une névrose à phénomènes variables, mais bien une névralgie analogue à celles que produisent les fibromes sous-cutanés des mamelles; cette idée ingénieuse est juste dans un certain nombre de cas; elle ne l'est pas dans tous. J'ai rencontré bien des migraineux chez lesquels l'exploration la plus minutieuse des régions indiquées ne permettait de découvrir aucun noyau résistant ou sensible.

Dès le dernier siècle, on a publié des cas dans lesquels il y avait des foyers cervicaux de douleur avec irradiations vers le bras et l'épaule. H. Jones a vu la même chose. Chaumier mentionne expressément la persistance des points crâniens dans l'intervalle des accès. Dubois-Reymond trouva que les ganglions sympathiques du côté intéressé restaient sensibles à la pression. Beard et Rockwell, Brunner, Benedikt l'ont dit également, Wretlind et Norström ont réussi, en pressant avec énergie sur les in-

durations, à produire des sensations analogues par leur siège et leurs caractères à celles que les malades accusent au plus fort du paroxysme. Le second, en comprimant une surface large comme la pulpe du doigt correspondant aux insertions crâniennes du sterno-cléido-mastoïdien, provoquait une douleur intra-orbitaire et très vive. « Il me semble, disait le malade, que j'ai l'œil transpercé par une flèche (1) ».

Outre les souffrances vagues, étendues à une moitié de la tête, qui, persistant après l'accès, font que les malades ne peuvent même se peigner; il en existe d'autres, mieux limitées, d'intensité variable, siégeant dans les téguments ou le péricrâne, dans l'épaisseur des muscles du cou, sur le trajet du sympathique. Elles résultent de modifications structurales limitées. M. Vretlind en a rapporté une dizaine de cas.

Pour lui l'accident primitif est un foyer inflammatoire bien circonscrit, ayant probablement pour origine la goutte ou le rhumatisme.

Les reliquats indurés jouent le rôle de fibromes irritables.

Les migraines observées dans ces conditions sont sous leur dépendance et correspondent aux périodes d'irritation (2).

Les mêmes idées ont été défendues par M. Henschen; le paragraphe qu'il leur consacre est probablement ce que l'on a écrit jusqu'à ce jour de plus précis et de plus complet sur la matière. « Des désordres qui suivent la migraine, dit-il, aucun n'a été moins étudié que les troubles trophiques. Pour les découvrir, il faut une grande attention ; car dans la plupart des cas ils sont trop légers

(1) *Traitement de la migraine par le massage*. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

(2) *Om Hufvudvärk*. Eira III, pp. 545-572.

pour qu'on s'en inquiète. Au moment de l'attaque, les points de la tempe où ils siègent sont rouges et tuméfiés, de telle sorte qu'il est impossible de constater le changement de forme. Plus tard on ne les trouve qu'au toucher en les cherchant bien. »

Ces altérations siègent dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les parties plus profondes. Pour les chercher, on soulève deux plis cutanés symétriques et de même grandeur. A la tempe, on rencontre souvent de petites plaques épaissies, sensibles à la pression, entourées d'un peu d'œdème, le tissu sous-cutané seul est induré et la peau est moins mobile à sa surface qu'à l'état normal. Parfois il y a dans la profondeur, immédiatement au-dessus de l'os, de petites élevures cartilagineuses arrondies, des espèces de cordons durs dont la longueur varie de quelques millimètres à 2 centimètres. Ces inégalités sont notablement plus sensibles que tous les autres points des tempes; elles suivent les rameaux du sous-orbitaire. Cette différence de sensibilité ne peut être constatée que par la comparaison avec les parties symétriques. Les indurations sont souvent fusiformes; la pression sur elles détermine des douleurs qui s'irradient vers le vertex dans la direction des filets nerveux qu'on peut suivre parfois jusqu'au trou sus-orbitaire. Je ne saurais dire si elles sont produites par l'hypérémie chronique, l'œdème ou la périnévrite; la dernière hypothèse me paraît la plus vraisemblable. Anstie les attribue à des périostites subaiguës.

Aux tempes, la peau est habituellement amincie des deux côtés, en outre, on trouve souvent, quand la migraine dure depuis longtemps, une induration sur le trajet de la temporale superficielle.

Les altérations du cuir chevelu sont difficiles à constater, elles consistent en petites saillies, disséminées, très

sensibles au toucher. Au cou, où il existe à l'état normal des inégalités, les difficultés sont plus prononcées encore. La comparaison des deux côtés fait découvrir des inégalités siégeant on ne sait trop dans quel tissu. »

Nous ne voulons point discuter ces données reposant sur l'observation. On a peut-être un peu trop négligé l'exploration objective des régions chez les migraineux ; mais nous ne voulons pas davantage nous déclarer convaincu de la première tentative de démonstration et faire graviter tout le processus autour des foyers indurés relativement rares; nous nous réservons de justifier nos réserves lorsque nous discuterons la pathogénie.

12° *Marche, durée, terminaison.* — Nous avons vu comment débute l'accès et comment il finit, quelles variantes individuelles il peut présenter; nous verrons l'influence des causes qui modifient profondément la constitution : passage d'un âge à l'autre, établissement de la menstruation ou ménopause; il nous reste ici peu de chose à dire sur la marche même de la maladie et sa durée. Les périodes sont plus ou moins longues. Junker parle d'une hémicrânie horologique dont les attaques revenaient avec une régularité à peine croyable. Lorenzo Bogatini, ami de Morgagni, avait les siens à midi, mais ils étaient quotidiens (1). « Si la périodicité n'est rien moins que mathématique, les seuls écarts permis consistent dans un éloignement illimité, jamais dans un rapprochement tel qu'au lieu d'intermissions, il n'y ait plus que des rémissions. Tout migraineux qui, durant une semaine, aurait plus d'un accès, n'hésitera pas à déclarer qu'il subit une influence accidentelle. Je crois être au plus près de la vérité en disant que les crises les

(1) *Siège et cause des maladies*, trad. Destouet. Paris, A. Delahaye, 1845, t. I, p. 27

plus rapprochées sont hebdomadaires » (Lasègue). Pelletan parle d'un bénédictin qui fut tourmenté pendant trois ans et sept mois tous les lundis et presque à la même heure par une migraine qui siégeait dans la tempe droite et durait avec une violence extrême pendant vingt-huit à trente heures. Cette observation est de Schenck de Grafenberg, un des compilateurs les plus naïfs du XVIe siècle (1). La périodicité est irrégulière, soit, mais cette irrégularité présente certaines limites; lorsque les crises sont trop rapprochées ou trop éloignées, c'est le cas de réserver notre diagnostic.

Nous discuterons ailleurs les métastases et les transformations de la migraine. Broussais en traçait un tableau effrayant : « L'étude de la marche de cette affection, disait-il, montre que les accès peuvent se rapprocher et se changer en une encéphalite aiguë, en folie, en congestion apoplectique ; qu'elle peut être suivie, quand on la brave, ou qu'on la traite mal, d'épilepsie, d'hémiplégie, d'imbécillité, de démence, de ramollissement du cerveau, de cataracte, d'opacité de la cornée, de surdité ; que, chez quelques sujets, les symptômes gastriques peuvent se convertir en gastro-entérite violente et incoercible (2). » Si l'énumération était peu rassurante pour les gens habitués à vivre en bons termes avec leur névrose, à supporter ses attaques comme un mal nécessaire, elle était consolante pour les personnes timorées qui veulent à tout prix le soulagement ou la guérison. Broussais n'était pas un sceptique, la simplicité de sa méthode thérapeutique n'excluait point chez lui une foi ardente en la curabilité de la plupart des maladies. Dans le cas actuel, il saignait, mettait des sangsues à l'épi-

(1) *Obs.*, t. I, p. 50.
(2) *Cours de pathologie*, t. IV, p. 462. Paris, J.-B. Baillière, 1835.

gastre, recommandait un régime sévère, incapable de produire la pléthore et la surirritation. Et pourtant il avoue lui-même que s'il calmait parfois, il réussissait rarement à guérir. Inutile de dire qu'aucune des éventualités prévues par lui ne rentre dans la marche de la maladie ; que si, par impossible, l'une ou l'autre se présente dans un cas désigné par son nom, il ne reste plus qu'à avouer qu'on s'était mépris sur la vraie nature du mal de tête.

Les migraines disparaissent à un certain âge ; les crises s'éloignent, deviennent moins pénibles et cessent. Chez la femme, ces incidents se produisent souvent vers la ménopause, on les lui rattache. Chez l'homme, on est disposé à établir des relations analogues pour des phénomènes fortuits ou imputables à la diathèse génératrice.

La disparition accidentelle et brusque est plus rare ; nous avons vu des hémicrânies menstruelles suspendues par la grossesse. Les émotions soudaines, qui jouent si souvent le rôle de causes déterminantes et amènent le premier accès, peuvent produire un résultat tout opposé. Pelletan en donne un exemple qu'il emprunte à Homberg. Une dame de trente-cinq ans avait tous les huit ou dix jours une attaque classique. Un soir qu'elle ressentait les phénomènes prodromiques, elle s'approcha d'un miroir pour voir si ses yeux rougissaient. Le feu prit à sa coiffe de nuit, elle perdit la tête, s'enfuit, appela, et, avant qu'on pût lui porter secours, fut cruellement brûlée au front et au cuir chevelu : son accès ne vint pas et dans la suite elle n'en eut plus.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE DE LA MIGRAINE

Quand on rapproche les données scientifiques actuelles, on arrive vite à conclure que la prédisposition domine tout. Les causes qui provoquent l'éclosion de la névrose sont banales et incertaines. Depuis l'antiquité, les auteurs se sont efforcés de démontrer que l'hérédité constitue le facteur étiologique le plus important. Quelle anomalie nutritive ou dynamique présentent les individus voués à la migraine? Tel est le problème. Quand on lit une monographie rédigée par une personne dont l'opinion est faite, on est bien près d'accepter intégralement ses conclusions. Les cas sont si nombreux, les rapprochements si frappants, les doctrines si logiques, qu'on arrive insensiblement à regarder comme des vérités indéniables les assertions données modestement au début comme des hypothèses. Le doute naît pour ainsi dire de l'excès de la certitude. Ceux qui font de la migraine un simple accident de la diathèse goutteuse accumulent les preuves; la conviction des médecins la rattachant exclusivement au rhumatisme n'est ni moins bien appuyée ni

moins solide; la théorie d'une diathèse nerveuse spéciale est aussi séduisante que les deux autres. Les démonstrations, tout à fait convaincantes lorsqu'elles sont isolées, se polarisent et s'annulent quand on les rapproche, et l'on finit par se trouver en présence de ce dilemme : ou une théorie seule est vraie ou toutes le sont. L'exclusivisme n'a pas plus d'avantages que l'éclectisme. Quelle doctrine est la bonne? A quel critérium reconnaître que certains auteurs ont compris la vraie connexité pathologique, tandis que les autres se sont égarés sur des coïncidences?

Admettre des migraines rhumatismales, goutteuses, nerveuses, c'est revenir à la dissémination du siècle dernier; c'est frayer la voie aux hémicrânies digestives, dyscrasiques, utérines, etc. En réagissant avec une vigueur peu mesurée contre cette tendance, Day en est arrivé à rayer la maladie du cadre nosologique, à ne plus voir que le symptôme céphalée ou céphalalgie, dont il discute la valeur sémiotique suivant le cas.

Rien ne démontre mieux que, malgré tous les efforts de ces dernières années, les problèmes relatifs à l'étiologie sont loin d'être résolus. Nous allons tâcher d'exposer avec impartialité les opinions et les arguments qui les étayent, de montrer leurs points faibles et leurs incertitudes; nous verrons successivement : 1° les causes de la maladie, 2° celles des accès.

§ I. — Causes générales de la migraine.

1° *Hérédité et constitution.* — Il est inutile de séparer les deux choses, l'élément congénial occupe une place tellement importante dans les prédispositions organiques qu'il est difficile de le supposer absent lorsque les ren-

seignements qu'on possède à cet égard sont incomplets ou nuls. Nous diviserons en deux variétés l'hérédité pathologique. 1° Elle est **directe**. Il faut bien nous entendre sur ce terme, car c'est autour de lui qu'évoluera une partie de notre discussion ; nous ne lui attachons point un sens juridique. Qu'un individu d'un sexe ou de l'autre qui n'est ni goutteux ni rhumatisant, ni nerveux, ni scrofuleux ; qui ne présente en un mot aucune tare organique, aucune affection chronique en dehors de sa migraine, la transmette à ses enfants, c'est un exemple d'hérédité directe. Pour préciser davantage, on peut supposer que, chez lui, la maladie avait une cause accidentelle ; qu'elle s'était développée à la suite d'expositions prolongées aux rayons solaires ou au froid, comme la chose arrive quelquefois ; que le sujet avait assez peu de propension aux hémicrânies pour avoir bravé impunément pendant des mois ou des années l'action de ces causes.

2° Elle est **collatérale**. Pas plus que dans le cas précédent, nous n'avons l'intention de parler la langue du prétoire. Dans la collatéralité pathologique, c'est un patrimoine diathésique commun qui est laissé aux enfants, seulement chacun d'eux réalise à sa manière les accidents qui s'y rattachent. Un goutteux qui n'a jamais eu de migraines transmet sa diathèse, et au lieu de processus articulaires, le fils présentera, parfois exclusivement, celui que nous étudions ; il n'a pas reçu de son père la maladie, mais la prédisposition qui l'engendre, c'est une succession collatérale.

I. **Hérédité directe.** — Tissot, tout en parlant de la transmission, insiste peu sur les conditions morbides des parents. Romberg s'exprime au contraire très catégoriquement à cet égard. « J'ai vu souvent, dit-il, des fillettes dont les mères souffraient de migraines prises

du même mal dès l'âge de huit ans. Sur 90 cas, Symonds a noté quarante fois l'hérédité directe (1). Eulenburg déclare que la transmission se fait ordinairement de la mère à la fille, et il adopte l'idée de Romberg presque à la lettre.

Bien qu'il prononce le mot de prédisposition, on peut ranger Soltmann au nombre des partisans de l'hérédité directe (2) : « F. Griesinger, dit-il, met la migraine au nombre des neuropathies constitutionnelles. La transmission ne se fait pas seulement du côté maternel, comme le démontrent un cas de Steiner et deux autres d'Hénoch. Les accidents se montrent d'ordinaire pour la première fois à l'âge de 6 à 7 ans, mais probablement la maladie remonte à une date antérieure, seulement il est difficile de la reconnaître parce que les plaintes et les explications des enfants sont peu claires. » L'observation suivante de Bohn démontre que la migraine est parfois congénitale : « Les accès sont revenus à des intervalles de quatre à six semaines depuis la naissance jusqu'aujourd'hui (la petite fille à 11 ans). Ils commencent par de la rougeur de la face, s'accompagnant, comme l'a toujours dit l'enfant depuis qu'elle peut faire connaître ses impressions, de douleurs violentes dans la moitié gauche de la tête, douleur surtout vive dans l'espace intermédiaire au front et à la tempe et lui arrachant des lamentations ; elle peut difficilement soulever la paupière de ce côté, à de la photophobie et de la douleur dans le globe oculaire. La vue est mauvaise durant le paroxysme, le pouls est lent et dur. Le malaise presque continu ne présente que des faibles rémissions, les vomissements soulagent. Les

(1) *Med. Times and Gazette*, t. I, 1858, p. 498.
(2) *Die functionellen Nervexnkrankheiten*. Gerhardt's Handb. d. Kinderkrank. 5. Bd. 1. Abth, 1. fte, p. 321.

accès, durant de 48 à 72 heures, obligent l'enfant à garder le lit, et la privent de sommeil.

« Les symptômes disparaissent graduellement et le mouvement de la paupière devient possible. Dans les premières années les accès étaient séparés par des intervalles de 4 à 6 semaines. Ils étaient annoncés par une agitation qui durait un ou deux jours, et dans le cours de laquelle on notait une diminution de l'appétit, des vomissements et une irritation inflammatoire de l'œil gauche. Aussitôt que cette petite fille apprit à parler, elle se plaignit de la tête d'abord, puis du côté gauche de la tête. Jamais l'hémicrânie n'a été à droite (1). »

Sur 64 observations dans lesquelles les antécédents de famille sont notés, Soula relève quatorze fois la migraine chez les ascendants. Chaumier trouve des arguments dans sa propre famille. Sarda connaît un exemple de transmission directe dans le cours de quatre générations (2).

Rien n'est plus net; la conséquence de tous ces faits, c'est que l'enfant d'une personne atteinte de migraine a de sérieuses chances d'en être affecté un jour. L'habitus morbide existe chez lui à l'état latent, une circonstance insignifiante en apparence suffira pour lui faire franchir l'espace imperceptible qui sépare la prédisposition de la maladie.

Si toutes les relations étaient rédigées à peu près de la sorte : — « La mère a eu sa première attaque à l'âge de .... A partir de ce moment, la névrose s'est comportée de la manière suivante. La fille a eu sa première attaque à l'âge de treize ans par exemple. Voici la marche qu'a suivie chez elle la migraine » —; il serait possible

(1) *Jahrb. f. Kinderheilk.* 1870, p. 51.
(2) *La migraine.* Th. d'agrégation. Paris, 1886.

de relever les analogies avec une exactitude parfaite ; et malgré l'absence de symptômes objectifs, elles seraient aussi frappantes que les ressemblances morphologiques.

Malheureusement les récits circonstanciés sont si peu nombreux qu'il est impossible d'en tirer profit. On constate l'hérédité comme on peut ; les renseignements sont loin d'être uniformes, et malgré la précision apparente des données, il reste bon nombre d'inconnues. Dans le cas de Bohn, si catégorique en apparence, on ne dit rien de la santé des ascendants. Étaient-ce des migraineux ou simplement des diathésiques ? Il serait bon de le savoir si on veut interpréter le fait au point de vue de l'hérédité.

Les parents ont eu plus ou moins souvent mal à la tête ; c'est en général tout ce qu'on peut apprendre ; la nature des poussées, même fréquentes, même à peu près périodiques, n'est jamais rigoureusement déterminée. Personne aujourd'hui n'affirmerait que l'individu qui prend une fièvre palustre à forme hémicrânique puisse faire souche de migraineux. Il paraît démontré, au contraire, que le degré de réceptivité pour le poison malarique est si bien individuel que des sujets issus de parents d'une constitution irréprochable le prennent, s'ils sont débilités, beaucoup plus facilement que d'autres dont l'hérédité est suspecte, mais qui sont dans un état de santé satisfaisant pendant leur séjour dans le milieu miasmatique.

Quand un médecin aussi expert en matière de névroses que l'était le professeur Lasègue s'élève avec énergie contre les confusions auxquelles les céphalalgies donnent lieu, on se demande s'il est bien légitime de conclure à l'hérédité directe chez un migraineux par ce seul fait qu'il se rappelle plus ou moins vaguement que ses parents l'ont été. Dans le cas de M. Soula, l'interro-

gatoire fut fait avec une idée préconçue, le passé scruté avec un soin méticuleux, et cependant la proportion en faveur de la transmission immédiate n'est que de $\frac{14}{68}$; elle serait probablement réduite encore à la suite de recherches approfondies sur les caractères, l'origine, la marche des hémicrânies chez les ascendants (1).

M. Sarda lui-même, dont la conviction paraît bien établie, est obligé de l'atténuer par une phrase topique de Brown : « Les enfants des goutteux n'hériteront point de la goutte de leurs parents s'ils n'héritent pas de leur fortune. »

Il y avait autrefois en Espagne une formule d'une énergie pittoresque pour indiquer les vicissitudes sociales. « Le père est marchand, le fils caballero, le petit-fils mendiant. » Si l'assertion de Brown est vraie, si le changement d'état brise l'hérédité pathologique, il n'y a rien de commun entre les maladies de l'aïeul et celles du petit-fils ; le caballero sera migraineux si son père l'était, peut-être ; le mendiant ne le sera plus.

Une loi soumise à de pareilles exceptions ne ressemble guère aux autres lois des sciences naturelles. A-t-on bien le droit de parler d'hérédité directe pour une disposition presque métaphysique qui ne rappelle en rien toutes les autres avec lesquelles on est obligé de compter en pathologie ? Celles-là ne sont ni vassales ni suffragantes de l'état social ; qu'une famille d'aliénés s'élève ou s'abaisse, la folie ou tout au moins l'incorrection qui la frise s'y montreront quand même. Les objections que nous laissons entrevoir se sont présentées à l'esprit de cliniciens d'une grande valeur. « C'est dans l'étude du sujet lui-même, disait le professeur Hirtz, bien plus

(1) *De la migraine*. Th. de Paris, 1884.

que dans celle de la maladie, que nous trouvons des données sérieuses, car c'est au sein de l'économie de chaque individu en particulier que semble résider la cause première, autrement dit la prédisposition à la migraine. Nous voulons dire par là que s'il y a des migraines se rattachant à de faibles diathèses et des diathèses très accusées qui ne donnent pas la migraine, on doit en conclure qu'il faut en outre une prédisposition organique particulière et que l'efficacité de la diathèse est subordonnée à un élément supérieur, une modification spéciale du système nerveux » (1).

M. Sarda trouvant ce raisonnement plus spécieux que vrai le juge avec sévérité. Est-ce donc une hérésie que d'accorder surtout son attention au malade ?

Avant de s'occuper des parents, il serait peut-être bon de faire porter son analyse sur les conditions particulières qui entravent la transmission ; de scruter, avant les antécédents de famille, les antécédents hygiéniques individuels. Ce serait le seul moyen de trouver la place exacte que doit occuper dans l'étiologie l'hérédité directe.

On rencontre peu l'hémicrânie aux consultations d'hôpital. En deux semestres, Eulenburg l'a vue sept fois seulement à la polyclinique de Berlin. Elle ne fait guère perdre de journées de travail aux ouvriers des grandes villes. Ce n'est pourtant pas parce que les attaques sont insignifiantes ; en fuyant le bruit et la lumière, on n'obéit nullement à un sentiment de pusillanimité ; tous les migraineux qui ont essayé de traiter leurs crises par le repos intellectuel et le mouvement physique ; qui ont cherché le soulagement dans une promenade à l'air libre

(1) *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques.* Art. MIGRAINE, t. XXII.

savent parfaitement que ce procédé est impuissant ou nuisible. Les rares individus des classes laborieuses que la maladie affecte sont obligés de garder le repos et la chambre comme les autres, pour peu que les paroxysmes soient intenses. Si l'on voit rarement la migraine à l'hôpital, ce n'est pas parce que les gens qui d'ordinaire y viennent chercher les secours médicaux la méprisent, mais parce qu'elle est peu fréquente parmi eux.

La meilleure preuve, c'est qu'on y observe des céphalées d'une autre nature. « J'en ai vu souvent, dit Day, chez des femmes du peuple de quarante à quarante-cinq ans qui ont eu coup sur coup plusieurs enfants, chez lesquelles l'activité de l'utérus a été exagérée pendant des années. Il y a de la douleur et de la chaleur du vertex avec un peu de trouble et de confusion dans les idées. Certaines ont des frayeurs enfantines, elles n'osent pas même se servir d'un couteau à table. » Ces accidents n'ont rien de commun avec la migraine vulgaire ; ils tiennent à l'anémie cérébrale produite presque toujours par les métrorrhagies profuses qui précèdent la ménopause.

En somme, l'hémicrânie vraie épargne la classe la plus nombreuse de la société, le changement des conditions hygiéniques enraye les effets de l'hérédité directe; la proportion des cas dans lesquels elle a été formellement notée est faible ; voilà des arguments négatifs qu'on ne doit pas mépriser.

Si l'on voulait trouver un bon terme de comparaison, il faudrait le chercher dans la transmission familiale des goûts et des aptitudes intellectuelles pour laquelle l'éducation et le milieu priment certainement la disposition congénitale. Nous venons de voir dans quels cas l'hérédité appartient à l'exception, nous verrons quand elle appartient à la règle.

II. **Hérédité collatérale.** — Aucune maladie n'a été plus souvent placée parmi les causes constitutionnelles de la migraine que la goutte. L'opinion de Tissot, tombée en discrédit il y a quarante ans, tend aujourd'hui à regagner le terrain qu'elle avait perdu.

La plupart des médecins français contemporains en sont peu éloignés. « Les migraineux, dit M. Bouchard, engendrent des migraineux, mais le père d'un enfant migraineux peut voir se développer tardivement chez lui la migraine. Il y a donc une disposition générale qui existe à tel degré, qu'elle est transmissible héréditairement et cela de longues années avant l'apparition de la maladie à laquelle doit aboutir cette prédisposition (1). »

Si la méthode nosographique de Baumès était remise en honneur, il est probable qu'au lieu de rester isolée et autonome, l'étude de l'hémicrânie formerait un chapitre de celle des maladies goutteuses. Cette évolution a été surtout provoquée chez nous par Trousseau. Pour lui, la migraine était souvent une forme de goutte larvée; s'il eût sèchement énoncé ce théorème pathologique, il eût soulevé de tous côtés des protestations, mais Trousseau n'aimait guère les aphorismes abstraits. Avant d'arriver à une formule, il avait soin de préparer le terrain, d'amener ses auditeurs à concevoir eux-mêmes l'idée qu'il voulait leur faire adopter. Dans la circonstance, un fait caractéristique lui servit d'introduction. Tout jeune encore, en 1825, il eut l'occasion de soigner un officier supérieur anglais tourmenté par de cruels accès de migraine et réussit par un traitement approprié à diminuer leur intensité, à les éloigner. La santé générale ne s'améliora guère; un beau matin, le major est pris d'une

(1) *Maladies par ralentissement de la nutrition*. Paris, 1882.

poussée podagrique aiguë qu'on traite par les topiques : sangsues, *loco dolenti*, cataplasmes laudanisés. Les accidents font place à une goutte irrégulière, molle, atonique, avec affaissement intellectuel. Tout se termina par des attaques successives d'apoplexie dont une enleva le malade.

Les commentaires ont plus d'importance que le fait. Lorsque Trousseau commença le traitement, il ne savait pas, dit-il, ce que c'était que la migraine. Le gros orteil se prend, il ignorait combien ces manifestations veulent être respectées; il ne savait pas davantage que la goutte et la migraine sont sœurs (1). C'est, comme on le voit, une véritable confession avec acte de contrition et bonnes résolutions pour l'avenir. Pour un peu, notre auteur s'accuserait de la marche tragique qu'ont suivie les choses. Les lecteurs ne sont pas disposés à le juger aussi durement. Comment prouver que le major n'eût rien eu du côté du gros orteil si on l'eût abandonné tranquillement à ses crises en l'avertissant de se garder comme du feu de tout ce qui pouvait les atténuer? Comment prouver que le traitement de l'arthrite goutteuse a été pour quelque chose dans l'apparition des accidents cérébraux? On peut supposer, étant donné le grade du malade, qu'il était arrivé à cet âge de la vie où la goutte devient surtout redoutable; où, pour peu que le régime et les occupations soient mal réglés, les manifestations se succèdent, se rapprochent et finissent par arriver à une issue funeste. Puis ces céphalalgies paroxystiques étaient-elles bien de simples migraines? N'étaient-ce point plutôt les premiers accidents d'une irrigation cérébrale défectueuse? Dépouillée des détails imagés, des considérations brillantes dont Trousseau

(1) *Cliniques*, t. II, p. 485, édition de 1877.

savait si bien tirer parti, son observation n'a guère plus d'importance que les réminiscences cliniques à l'aide desquelles les praticiens appuient souvent les théories qu'ils adoptent.

Mais en réduisant le fait à ses proportions naturelles, en le considérant non comme une preuve, mais comme un exemple bien choisi, la doctrine reste tout entière debout. La filiation entre la goutte et la migraine a été admise par Junker, Tissot, Baumès, Möllendorf, MM. Charcot, Bouchard, etc. Cette unanimité lui donne à elle seule une grande vraisemblance; sans jurer sur la foi des maîtres, on peut supposer en toute sûreté de conscience que quand des savants de différentes époques et de différents pays croient à la connexité de phénomènes observés par eux, leur succession n'est pas fortuite. Malgré l'absence de statistiques chiffrées, il est impossible de croire qu'un préjugé unique ait été la source d'une opinion si souvent soutenue.

L'importance attachée aux diathèses a notablement varié. « Quelque chose d'assez bizarre, dit Chaumier, c'est que si l'on veut étudier les affinités de la migraine, ce n'est pas dans les ouvrages écrits sur cette affection qu'il faut chercher ; on lirait en vain toutes les thèses de la Faculté de médecine écrites sur la migraine, on feuilleterait inutilement tous les mémoires publiés sur cette affection. On s'est occupé de l'accès, mais pas de la maladie. Les vieux auteurs avaient admis les métastases, les nouveaux les ont repoussées.

« Ce n'est que dans les traités sur les diathèses, sur le rhumatisme chronique, sur la goutte, que l'on trouve quelques indications. »

La doctrine de l'origine goutteuse de la migraine a joui d'une faveur constante en Angleterre. A l'époque où Trousseau la professait, sir H. Holland écrivait : « Il est

parfois difficile de distinguer diverses formes d'hémicrânies intermittentes d'affections du même genre ; il est bon de parler ici de certaines d'entre elles qui ont de longues périodes d'intermittence. Leur égalité, même quand elles durent deux, trois semaines ou davantage, est un caractère remarquable de ces sortes de cas et indique une cause spécifique dans sa nature et uniforme dans ses opérations. Je connais des exemples dans lesquels des migraines intermittentes de cette nature ont existé dans la plus grande partie de la vie. Plus fréquemment pourtant elles arrivent à certaines périodes présentant des relations peu méconnaissables avec la constitution goutteuse. Nous avons des raisons de croire que les reins sont les organes excréteurs les plus propres à donner un certain soulagement dans ces cas, surtout en augmentant l'excrétion d'acide lithique et de ses composés. Une semblable relation peut parfaitement passer inaperçue, surtout quand l'attention est attirée sur une douleur un peu vive d'une autre partie. Je déduis ces notions de nombreuses observations de migraines, et je suis persuadé qu'elles seront confirmées par d'autres (1). »

Charles Scudamore, Begbie, Garrod, admettent également l'origine goutteuse. Le premier rapporte l'observation d'une dame de trente-cinq ans longtemps éprouvée par des migraines dont il était difficile de soupçonner la nature. Tenaient-elles à l'hystérie, à de simples congestions locales, à des troubles gastriques ? Personne ne pouvait le dire. Or, de temps en temps, les urines étaient chargées d'oxalates et de lithates, les doigts présentaient des nodosités d'Heberden. Le grand-père paternel goutteux était mort d'une affection organique du cœur ; on prescrivit à la malade le colchique, le nitrate de po-

(1) *Med. Notes and Reflexions*, 1855, p. 288.

tasse, le régime ordinaire des goutteux. Les migraines devinrent moins pénibles et, en dernier lieu, disparurent (1).

M. Day a connu un homme qui fut sujet pendant de longues années à des attaques violentes et rapprochées de goutte. A la longue, elles finirent par s'accompagner de céphalalgies frontales et paroxystiques (2). Le chirurgien Travers, goutteux et migraineux, observa chez son fils des accidents analogues à ceux dont il souffrait, ils cessèrent à la suite d'une uréthrite aiguë sans cause spécifique à ce qu'il paraît.

Ainsi, la névrose se développe souvent chez les descendants de goutteux, elle précède ou accompagne des manifestations articulaires ; parfois elle disparaît ou change de caractère quand se montrent d'autres processus de même origine. Une femme dont parle Bazin eut des migraines jusqu'à la ménopause, à partir de ce moment, elles diminuent de fréquence et d'intensité, mais on vit alors des accidents cutanés dont elle était restée jusque-là indemne. J'ai connu un de mes confrères qui, jusqu'à l'âge de quarante ans, eut des accès sympathico-toniques, se terminant par du larmoiement, de la douleur conjonctivale, de l'hémiopie. Une attaque de goutte franche survient, les migraines s'éloignent et deviennent moins pénibles. Labarraque a vu exactement la même chose à la suite d'une cure balnéaire chez un professeur de Besançon (3).

On n'aurait pas à forcer beaucoup la note pour faire de la diathèse urique la cause constante de la migraine, ce serait aller un peu loin et un peu vite. Un seul point

(1) *On gout und the gouty Diathesis. Contributions to pratical medecine*, obs. XVI, 1862, p. 29.
(2) *Headache*, 3e édit. 1880. Londres, p. 218.
(3) *De la migraine*. Th. de Paris, 1833.

est définitivement acquis : les céphalalgies goutteuses ne sont pas rares ; elles ont dans bon nombre de cas la forme hémicrânique. Pour avancer encore, il faudrait torturer les faits, d'autant mieux que bien des observations données comme probantes le sont peu. Dans une rapportée par Garrod, par exemple, et souvent citée, il est question d'une dame de soixante ans souffrant de céphalalgies paroxystiques dont le maximum occupait les régions pariétales et occipitales. On ne sait rien de plus sur l'état de cette personne. Comme l'a dit M. Lasègue, « c'est une erreur grave d'affirmer qu'un individu est nécessairement goutteux ou rhumatisant par le fait seul qu'il est sujet à la migraine ; une étude plus attentive de son état, de ses antécédents, obligerait souvent à revenir sur cette opinion. »

Les partisans des théories nerveuses ou vaso-motrices ont trouvé un faux fuyant qui leur permet de diminuer l'influence de la goutte sans la nier tout à fait : Liveing classe dans une variété spéciale les migraines qui s'y rattachent et les regarde comme symptomatiques ; Möllendorf les appelle sympathiques.

La relation entre l'hémicrânie et le rhumatisme indiquée au dernier siècle par Schobelt a été mise en évidence seulement dans ces dernières années. Homolle affirme que la polyarthrite fébrile aiguë apparaît tôt ou tard chez un grand nombre de migraineux (1). Chaumier en cite plusieurs exemples ; ces faits constituent l'exception. Pour trouver les rapports réguliers et ordinaires, c'est du côté des formes chroniques qu'il faut chercher. Il existe heureusement d'intéressantes statistiques. M. Charcot s'est occupé surtout du rhumatisme noueux.

(1) Art. Rhumatisme, in *Dict. de médecine et de chirurgie prat.*, t. XXXI, p. 732.

Sur trente femmes qui en étaient atteintes, douze étaient migraineuses. « Nous avons pu nous-même constater, dit M. Malherbe, le même fait un grand nombre de fois. Souvent M. Charcot nous a fait observer la cessation des migraines dès le début des accidents articulaires » (1).

En quinze ans M. Féréol a vu 25 à 30 fois des nodosités rhumatismales éphémères chez une migraineuse à crises mensuelles (2). Il est possible de rattacher à la même maladie générale les douleurs fixes avec tuméfaction limitée du corps charnu, des muscles ou de leurs extrémités. A cet égard, la statistique de Henschen est explicite. Sur 140 cas de migraine, il les a trouvées 106 fois; elles siégeaient 61 fois dans le dos, 51 fois sur les épaules, 45 fois dans le bras. Dans tous les autres cas, on rencontrait des traces de rhumatisme chronique sur la tête, la face antérieure du thorax, l'abdomen ou les membres inférieurs. « Il est difficile, dit l'auteur, de ne pas admettre, quand on rapproche tous ces faits, que la migraine ait une base constitutionnelle (3). Huglings Jackson, qui la regarde comme une affection rhumatismale, a relevé 36 fois la migraine chez des sujets qui en étaient atteints (4). » M. Guéneau de Mussy a trouvé chez 20 migraineux 10 fois le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, 2 fois des rhumatismes chroniques, 4 fois des douleurs erratiques (5). D'un autre côté, sur 25 malades dont les parents étaient migraineux, le même observateur a noté 8 fois des douleurs erratiques, 7 fois la migraine » (Sarda). M. Lancereaux la note également dans le cours de l'ar-

(1) *Des affections viscérales dans le rhumatisme chronique*. Th. Paris, 1886.

(2) *Progrès médical*, 5 janvier 1884.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Notes on cases of Diseases* of *the nervous system : Migraine, Chorea and Rhematism*. The Lancet, 10 Jul. 1875, p. 51.

(5) *Clin. méd.*, t. I, p. 323 et suiv.

thrite déformante et de la rétraction de l'aponévrose palmaire, affections rhumatoïdes s'il en fut (1).

Sieveking assignait une physionomie clinique particulière à ces cas. « Les auteurs ne mentionnent pas, dit-il, la possibilité d'une détermination rhumatoïde intra-crânienne. J'ai rencontré souvent des cas qui paraissent s'y rattacher ; ils étaient sans importance, mais le traitement antirhumatismal donnait toujours d'excellents résultats » (2).

Notre discussion nous a conduits à des conclusions relativement précises : l'hérédité directe, c'est-à-dire la transmission par un migraineux sans diathèse est rare ; au contraire, la goutte et le rhumatisme constituent une prédisposition familiale certaine. Sans doute, il n'est pas permis d'englober sous le même nom toutes les céphalalgies temporaires ou persistantes, accidentelles ou périodiques, qu'on peut rencontrer dans ces conditions ; il n'en est pas moins vrai que les deux états généraux en question constituent les causes les plus ordinaires et les plus efficaces de la maladie ; que dans la succession morbide, la migraine occupe la ligne collatérale parce qu'elle ne répond point à une affection précise et localisée comme elle, mais à des diathèses capables de manifestations disparates.

Énoncée en ces termes, la proposition ne paraît pas prêter à la confusion ; elle y prête cependant. Le domaine du rhumatisme est si vaste qu'il est difficile de dire au juste quels accidents s'y rattachent ; nous avons déjà vu les nodosités d'Heberden, les douleurs musculaires fixes spontanées. Ce cadre à été singulièrement étendu par M. Soula. « Pour donner une idée, dit-il, de

(1) *De l'herpétisme.*

(2) *On chronic and periodical headache.* Med. Times, 1854, t. II, p. 200.

la fréquence relative de la migraine dans les diverses variétés de l'état constitutionnel rhumatismal, nous avons condensé les résultats de nos observations de diabète et d'obésité et voici ce que nous trouvons :

« Sur 115 obèses, 48 étaient affectés de rhumatisme musculaire ou lumbago. De ces 48, 23 étaient migraineux. Des 31 diabétiques, 19 présentaient du rhumatisme musculaire dont 6 fois la migraine était le satellite, 36 autres diabétiques avaient eu ou avaient des manifestations rhumatismales aiguës ou chroniques et 14 d'entre eux étaient sujets à des crises migraineuses. »

Malgré l'élasticité du mot rhumatisme, il faut absolument y renoncer pour désigner un état général comprenant la goutte, le diabète, l'obésité, la lithiase biliaire, l'asthme, les éruptions herpétiques, etc.

Dès qu'on touche à la pathologie générale, l'horizon s'éloigne. On a remonté successivement à la goutte, au rhumatisme; on arrive au substratum commun de ces deux états, diathèse si compréhensive qu'elle embrasse tout, si commode qu'elle explique tout ; c'est un inconvénient grave. Il a peut-être frappé les médecins qui envisagent la migraine à un autre point de vue, qui veulent bien la considérer comme une dépendance d'une maladie plus générale mais se refusent de placer en première ligne la nutrition et les échanges organiques.

Il y a longtemps qu'on l'a rapprochée de l'asthme, de l'angine de poitrine, des névralgies de différents sièges. Dans une thèse soutenue en 1870 à la Faculté de médecine de Paris, Mme Garrett déclarait que la migraine, ayant pour origine un état anormal du cerveau, doit être rangée à côté de l'asthme et de l'épilepsie. « La débilité nerveuse centrale, ajoutait-elle, est presque invariablement accompagnée d'un affaissement analogue de quelques parties du système nerveux viscéral, plus fréquem-

ment des nerfs gastriques ou de l'estomac et du duodénum. Les deux lésions, l'une cérébrale, l'autre périphérique, réagissent l'une sur l'autre, aucune n'étant la cause première et invariable de l'accès, il y a lieu de supposer que la lésion centrale est une nutrition congénitale imparfaite des centres nerveux. »

Sans aller aussi loin dans la localisation anatomique. Liveing cherche dans les mêmes centres les causes prédisposantes. Pour lui, la maladie fait partie d'un groupe naturel, constitué par l'épilepsie, le vertige épileptique, la laryngite striduleuse, l'asthme, l'angine de poitrine, le tic douloureux de la face, la folie intermittente et paroxystique. Il ne faudrait pas croire que ces affections aient été choisies arbitrairement, l'auteur s'est, au contraire, efforcé de démontrer la légitimité de sa classification en mettant en relief les similitudes. Toutes ces maladies sont héréditaires, leurs symptômes sont purement fonctionnels; elles se montrent à une certaine période de la vie, affectent surtout un sexe, ont le caractère paroxystique et périodique ; les attaques sont produites par les mêmes causes déterminantes : c'est dans ce groupe qu'il faut chercher les métastases et les transformations. Liveing rapporte plusieurs exemples qu'il a observés personnellement chez des épileptiques. Heberden déclare que la migraine cesse lorsque l'asthme survient. Dwight qui l'attribue, comme Fothergill, à l'amas de bile, croit que certaines gastralgies la remplacent, que les mêmes remèdes les guérissent. Willis a vu un étudiant en droit perdre des céphalalgies périodiques après l'apparition de coliques violentes revenant aux mêmes époques qu'elles (1).

(1) *De anima brutorum.* Cap. XV. *De colica*, p. 550. Ed. d'Amsterdam.

M. Grasset professe une opinion qui rappelle celle-là : Pour lui, la migraine est la conséquence d'un état diathésique constitutionnel, elle doit être inscrite en tête de manifestations nerveuses que l'on voit se succéder dans les familles qui semblent vouées aux névroses. Le nervosisme n'est pas une diathèse, c'est le plus souvent la manifestation d'une diathèse; et c'est çette diathèse qui, en se transmettant de père en fils, sert de substratum commun, et de lien aux diverses manifestations névrosiques que l'on observe successivement, aussi voit-on des migraineux descendre d'épileptiques engendrer des choréiques ou même des aliénés (1).

Avec un point de départ différent, on arrive par le besoin de généraliser et un effet de perspective aux mêmes résultats qu'avec les troubles nutritifs, seulement au lieu de l'obésité, de la goutte et du rhumatisme, on entrevoit dans le lointain constitutionnel les névroses convulsives.

M. Lasègue, qui estimait tant les classifications bien faites, s'est nettement prononcé contre de pareilles tendances. « A quel fond, se demande-t-il, rattacher la migraine? A l'état protéiforme qu'on appelle le nervosisme; cette hyperesthésie hypocondriaque s'observe chez un nombre considérable d'individus troublés physiquement et moralement, elle n'aboutit jamais à une maladie. Parmi les gens à nervosité pathologique, la migraine est plus près de l'exception que de la règle à nombre égal; on ne trouve pas chez eux plus de migraineux qu'entre les gens qui jouissent d'un fonctionnement correct.

« Cette confusion trop souvent reproduite entre la névrose migraine et les névropathies à manifestations aventureuses a de fâcheuses conséquences. Elle habitue le médecin à élargir outre mesure les définitions de la mi-

(1) *Traité des maladies du système nerveux*, p. 653, édit. de 1886.

graine, et par suite, à obscurcir le diagnostic différentiel. On finit par voir des migraines atténuées, déviées, transformées qui dérivent de vues de l'esprit plus ingénieuses que solides; et quand, par hasard, il se rencontre un migraineux dans une famille énervée, on se plaît à inventer une relation hypotéthique entre son état et celui de ses ascendants ou de ses collatéraux. Nous avons dans la migraine une unité pathologique, rare occurrence parmi les affections nerveuses de second ordre, le mieux est de nous y tenir. »

C'est par la même raison que l'auteur ne veut ni rapprochement entre l'hémicrânie, l'asthme et l'épilepsie, ni diathèse nerveuse unique; qu'il s'est rallié à la doctrine la plus vraisemblable et la plus simple, celle qui rattache la maladie à la *goutte* et au *rhumatisme*.

2° *Sexe. Age.* — La migraine paraît un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Calmeil voit dans ce fait une conséquence de la structure du système nerveux. Romberg et Lebert le constatent sans l'expliquer. Liveing trouve insignifiante la prédisposition créée par le sexe. Les proportions que lui donnent ses observations sont sensiblement égales pour l'un et l'autre; il faut dire qu'elles appartiennent à beaucoup d'auteurs. La plupart de ceux dont la statistique est personnelle en donnent une plus élevée pour la femme. Parmi les 90 malades de Symonds, il y avait 76 femmes. Dans le tableau de Henschen, il y a 15 hommes et 125 femmes. Eulenburg attribue la prédominance de la maladie dans le sexe féminin aux troubles menstruels.

On a dit souvent non sans raison que la migraine se montre surtout aux époques de transition, quand la nutrition se modifie. Calmeil insiste sur les approches de la puberté. Peut-être n'a-t-on pas tenu suffisamment compte des changements correspondants des habitudes et des

occupations. L'âge de la seconde dentition est également celui où les études commencent dans les classes sociales tributaires de la maladie.

Au mois de janvier 1886, M. Bystrov a fait sur ce sujet au congrès des médecins russes tenu à Saint-Pétersbourg une communication qui ne manque pas d'intérêt. L'augmentation annuelle des cas de migraine est presque proportionnelle à la somme d'attention exigée des enfants. Pendant la vie scolaire, elle est beaucoup plus fréquente que plus tôt ou plus tard (1).

Dès 1879, Francis Warner avait donné une statistique portant sur 58 cas répartis de la sorte (2) :

Enfants atteints de migraine à l'âge

	Sexe masculin.	Sexe féminin.
De 3 à 4 ans	»	1
De 5 à 6 ans	2	2
De 6 à 7 ans	8	1
De 7 à 8 ans	2	2
De 8 à 9 ans	1	5
De 9 à 10 ans	2	5
De 10 à 11 ans	2	4
De 11 à 12 ans	4	2
De 12 à 13 ans	1	4
De 13 à 15 ans	»	15
TOTAUX	25	33

L'auteur suppose, sans pourtant l'affirmer, qu'il y a eu souvent des épileptiques ou des déments parmi les ascendants; il rappelle que de 76 enfants choréiques observés par Hermann 53 présentèrent tôt ou tard des migraines.

Aucune théorie ne rend bien compte des particularités

(1) *Meditsinskoe Obozriénié*, t. XXV, 1886, nº 2.

(2) *Recurrent headaches and associated pathological conditions.* The Brit. med. Journ. 6 décembre 1878.

de cette statistique. Si la seconde dentition est pour quelque chose dans le développement de la maladie, on s'explique mal pourquoi huit cas furent observés chez des petits garçons, un seulement chez une petite fille de six à sept ans. L'hypothèse de M. Bystrov paraît jusqu'à un certain point justifiée. Chez les garçons, le plus grand nombre des cas notés à partir de la septième année correspondent à la vie scolaire, tandis que chez les jeunes filles les cinq qui ont débuté entre la treizième et la quinzième année marquent probablement l'apparition de la menstruation.

Il est fâcheux que les statistiques s'arrêtent au moment où elles seraient le plus intéressantes ; que les auteurs n'insistent point sur les établissements dans lesquels elles ont été prises. Les élèves de l'école primaire l'abandonnent de bonne heure; les études se prolongent plus longtemps dans les écoles secondaires. S'il était prouvé que jusqu'à douze ans, par exemple, la proportion des migraineux est la même chez tous les enfants ; qu'à partir de cet âge elle augmente chez ceux qui continuent leurs études, ce serait la meilleure démonstration qu'on pût donner de l'influence du travail intellectuel. L'hémicrânie du jeune âge est plus fréquente à la ville qu'à la campagne ; c'est encore un argument en faveur de l'importance du milieu et des occupations ; elle est rare parmi les soldats. De Fayole ne l'a trouvée qu'une fois, tandis qu'il l'a vue 20 fois chez 100 séminaristes catholiques, 15 fois chez 200 religieuses cloîtrées.

3° *Maladies antérieures.* — En discutant les prédispositions, nous avons scruté presque tout le passé pathologique du migraineux ; que sa névrose coïncide avec la disparition d'accidents cutanés ; qu'elle précède ou accompagne l'asthme ; personne ne parle de filiation sans songer à l'état général, sans recourir aux diathèses.

D'autres causes assignées à la maladie peuvent être éliminées de la même manière.

Pelletan et après lui Labarraque admettent l'influence de la pléthore abdominale; Sauvage celle des hémorroïdes; M. Sarda insiste sur les épistaxis. « Non seulement elles existent dans l'enfance chez les migraineux, mais encore elles sont chez eux remarquables par leur répétition, et quelquefois même par leur abondance. Soula dit avoir observé chez lui l'allure inquiétante que prennent parfois ces hémorragies nasales. Nous partageons ce fâcheux privilège. Chaumier s'arrête aux varices, il donne pour exemple une observation empruntée à Bazin et relative à une femme atteinte d'eczéma. Ces faits n'apportent aucun éclaircissement nouveau. Dès l'instant où l'on place en tête des causes un état général plus facile à concevoir qu'à décrire, une modalité de la nutrition, la pléthore, les troubles circulatoires, les dysménorrhées, les hémorrhagies superficielles peuvent être mises au même rang que les exanthèmes arthritiques. »

Nous ne nous arrêterons pas sur le paludisme puisque nous avons éliminé les fièvres larvées, à forme hémicrânique; il paraît cependant que des migraines réelles que ne modifient ni le changement de séjour ni les médicaments antipériodiques succèdent parfois aux fièvres intermittentes. Nous avons parlé des phénomènes gastriques, le malade a des nausées et vomit parfois avant de souffrir de la tête, tout part donc de l'estomac. S'il en était ainsi, on trouverait chez les dyspeptiques et les alcooliques à pituites matinales le plus fort contingent de migraineux; ce n'est pas le cas. L'importance relative des différents phénomènes de l'accès peut se modifier. Tel qui à vingt-cinq ans vomit beaucoup et souffre peu souffrira davantage et ne vomira plus à quarante. Dans toutes les maladies les alternances sont chose ordinaire, on n'est

pas autorisé à croire que les affections de l'estomac et du tube digestif jouent un rôle de quelque importance ; car souvent rien n'attire l'attention de ce côté pendant les intervalles des crises.

Nous n'insisterons pas davantage sur les fonctions utérines. Il existe une corrélation entre elles et la migraine ; nous savons quelle influence exerce sur son apparition l'époque de la puberté; nous verrons que les accès correspondent souvent avec le retour des règles; en revanche, rien ne prouve que les femmes dysménorrhéiques soient plus souvent affectées que les autres.

Les maladies de la vessie et de l'urèthre ont été notées parmi les causes éloignées. M. Guyon a vu des migraines disparaître chez un individu atteint de rétrécissement à la suite de l'uréthrotomie. Citons, pour mémoire, la tuberculose, dont parlait M. Gubler et l'hémophilie indiquée par Auphan.

La question la plus importante, celle que nous avons rencontrée à chaque pas dans cette étude, est relative aux conditions hygiéniques individuelles. Quelle part leur revient dans l'étiologie de la maladie ? Lorsque nous les avons mises en regard de l'hérédité directe, nous les avons placées en première ligne. Le problème est plus compliqué quand il s'agit de ces causes prédisposantes générales, innées ou acquises, dont l'influence est manifeste. M. Bouchard déclare formellement que la migraine rentre dans cette catégorie de maladies qui sont le lot des classes élevées et comme la rançon de la supériorité intellectuelle et de la suprématie sociale.

M. Sarda, tout en affirmant la même chose, termine la discussion en ces termes : « La migraine n'est pas une affection idiopathique, mais un syndrome clinique, manifestation d'un état constitutionnel (arthritisme, herpétisme)... Nous pensons que si elle peut exister à l'état

de névrose idiopathique, elle est le plus souvent symptomatique, non d'un état local, mais d'un état général. »

Sans doute il est difficile de dégager l'opinion précise à laquelle conduisent ces considérations. Il nous semble pourtant qu'en admettant la *prédilection* de cette manifestation d'états morbides constitutionnels également répandus dans toutes les classes de la société *pour les personnes à occupations sédentaires, à travail cérébral précoce et continu*, on est bien près d'accorder l'influence prépondérante aux conditions hygiéniques individuelles

§ II. — **Causes de l'accès.**

Quelle que soit l'influence dominante, l'habitude morbide est créée ; le malade qui a éprouvé plusieurs crises est certain qu'il en aura d'autres. Bien qu'il en ait pris son parti, il se préoccupe toujours de ce qui les provoque et quand il a perdu l'espoir de guérir tout à fait, il garde l'espoir d'éloigner et d'atténuer les accès ; dans cette voie, l'imagination se donne carrière. La névrose est capricieuse, ses manifestations viennent à l'improviste ; on veut des causes, et toute circonstance qui fixe un moment l'attention en devient une. La plus commune, celle dont l'action est le mieux prouvée, est la période cataméniale. Une malade de Liveing, fille de migraineux, fut prise pour la première fois au moment de l'apparition des règles. Après son mariage, dans le cours des grossesses, elle fut libre d'attaques. Au contraire, une personne soignée par Berger était plus sérieusement éprouvée lorsqu'elle était enceinte qu'à tout autre moment. Dans une ancienne observation de Becker, il est question d'une hémicrânie qui continua pendant une partie de la gestation et ne cessa qu'après une métror-

rhagie (1). Chez une seconde malade de Liveing, les crises douloureuses correspondaient exactement aux périodes menstruelles, qui revenaient tous les quinze jours. M. Lasègue rapporte qu'une de ses clientes avait des migraines dont les avant-coureurs ressemblaient si bien à ceux des règles qu'elle ne pouvait les en distinguer. Quand la ménopause ne fait pas cesser les attaques, elle les éloigne; il n'y a pourtant rien de constant. Wepfer, Tissot, Poujade, parlent de faits dans lesquels le contraire est arrivé.

Les troubles digestifs accidentels suffisent pour provoquer un accès; beaucoup de migraineux redoutent avec raison le jeûne et l'irrégularité dans les repas. Certains aliments sont mal supportés : « J'ai un peu l'expérience de la chose, disait Fothergill : rien n'appelle avec plus de sûreté la migraine que le choix peu judicieux du régime. » Il se défiait tellement du beurre, qu'il l'interdisait à tous ses clients atteints de la même névrose que lui.

Chez certaines personnes, la colère ou l'impatience sont toujours suivies d'un accès; chez d'autres, l'application a un résultat identique. Berger raconte qu'un individu sujet aux migraines pendant l'adolescence, vit son état s'améliorer après sa sortie du gymnase. A vingt et un ans, il se remit aux travaux intellectuels, la maladie reprit son premier caractère. Plusieurs employés de commerce, observés par Norstiöm, ont remarqué qu'ils n'avaient jamais d'attaques leurs jours de repos. Une émotion violente, une contention psychique forcée peuvent suspendre l'accès. M. Lasègue parle d'un général chez lequel il s'arrêtait au début d'un engagement et reprenait plus tard; je connais un homme chez lequel l'exercice de la chasse a le même résultat.

(1) Acta Nat. Curios. Ann. IV et V, obs., 73.

Le grand air est nuisible. H. Jones rapporte plusieurs cas dans lesquels les promenades matinales à pied ou à cheval étaient infailliblement suivies de migraines.

On a parfois accordé une grande influence aux heures du jour. Junker parle d'hémicrânies horologiques; cela ressemble singulièrement à la pathologie sidérale ancienne. Double, qui mentionne quelque chose d'analogue, ne donne pas d'observations (1).

Les malades accusent souvent avec conviction les changements de temps; la direction du vent, les odeurs, etc., ce sont des causes plausibles.

(1) Journ. de médecine de Sédillot, t. XXVI, p. 445.

CHAPITRE IV

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les notions que nous venons d'acquérir ne nous renseignent pas sur la nature et le mécanisme de la migraine. Supposons que toutes soient démontrées, que l'arthritis constitue le principal facteur étiologique, la discussion commence à peine. De quelle manière agit-il? Quels nerfs sont touchés? En admettant que les causes réelles soient hors de notre portée ou réclament une médication à longue échéance, ne pouvons-nous rien contre la douleur? Pourquoi ce qui réussit dans un cas échoue-t-il dans un autre?

Wepfer et Tissot voyaient dans la migraine une névralgie sus-orbitaire; Anstie, Chapman (1), Hammond (2), Hamilton (3), Benedikt (4), mettent toutes les affections douloureuses de la tête sur le compte du trijumeau, sans dire à quelle branche répond l'hémicrânie. Romberg

(1) *Neuralgia and kindred diseases.* London, 1876.
(2) *Mal. du système nerveux.* Trad. française.
(3) *Nervous diseases, their description and treatment.* London, 1878.
(4) *Nervenpathologie und Elektrotherapie.* Leipzig, 1874.

croit qu'elle siège dans la substance cérébrale; cette opinion est également celle de Hasse (1), Calmeil, Leubuscher (2).

Eulenburg, un de ceux qui ont le mieux discuté la question, ne veut point entendre parler de névralgie susorbitaire; pour lui, la souffrance correspond aux rameaux intra-crâniens du trijumeau, surtout à ceux qui se rendent à la dure-mère. Ce sont : le *nervus tentorius* d'Arnold (de la première branche); le filet qui suit la méningée moyenne (de la deuxième), le *nervus spinosus* de Luschka (de la troisième). Sans doute, il est impossible de démontrer qu'ils sont exclusivement pris, mais la chose est vraisemblable; car des données expérimentales contribuent à la démontrer. L'auteur que nous venons de citer a remarqué dans des expériences qu'il a faites avec Landois, que la dure-mère est extrêmement sensible; Hitzig a prouvé que la pie-mère l'est peu (3). Des travaux de Bochdalek, il résulte que les dernières ramifications venant des nerfs cérébraux et des plexus caverneux et carotidiens, suivent les vaisseaux qui entrent dans la masse encéphalique. Eulenburg, partisan déterminé de la théorie vaso-motrice, voit dans ce fait un argument en sa faveur; pour lui, la migraine est une névralgie diffuse des filets intra-crâniens du trijumeau (4). Cette hypothèse est aussi probable qu'une autre, et elle est précise.

Voyons maintenant de quelle manière agissent les causes.

Les symptômes attirent l'attention du côté de l'estomac et du système nerveux; lequel est d'abord en jeu?

(1) *D. Krankh. d. Nervensystems.* Virchow's. Handb. t. IV, p. 7
(2) *Handb. d. med. Klinik.* Leipzig, 1861.
(3) *Unters. üb. d. Gehirn.* Berlin, 1874.
(4) Ziemssen's Handb. XII, Bd 2te, Hft I, 1877.

De la réponse dépend l'explication de tout le complexus ; si l'on admet une irritation gastrique primitive, les phénomènes vaso-moteurs et l'hémicrânie sont comparables au malaise consécutif aux excès alcooliques. Si la première place appartient à l'encéphale, la zone des recherches est déplacée ; les accidents précurseurs, l'attaque elle-même représentent une réduction de la triade symptomatique des néoplasmes intra-crâniens : vertiges, vomituritions, céphalalgie. Il est logique d'admettre qu'une région limitée du cerveau présente des troubles transitoires analogues à ceux que produisent les tumeurs. Nous diviserons en deux classes les doctrines relatives à la pathogénie : 1° celles qui placent le point de départ en dehors du système nerveux ; 2° celles qui le donnent comme l'origine de tout.

§ I. — Le point de départ de la migraine est en dehors du système nerveux.

La théorie de Tissot, la plus exclusive peut-être qui ait jamais été soutenue, est aussi la plus simple. Nous avons vu ce qu'il appelait le cercle admirable de la maladie. Étant donnés deux organes sympathiques, l'un ne peut rester intact lorsque l'autre est affecté. Il y a sympathie entre l'estomac et le sus-orbitaire, les troubles du premier retentissent sur le second. « Le mode et le moment de l'attaque correspondent à la fin de la digestion, disait Fothergill, aux instants où la bile possède toute son activité, où le chyle passe dans le sang. C'est alors que l'estomac et le duodénum sont vides, que les nerfs sont exposés à l'irritation. » Ces idées étaient encore si répandues en 1837 que Labarraque osait à peine protester contre leur exagération.

« Que Tissot, disait-il, en ait été tellement frappé

qu'il n'admette pas d'autre cause comme point de départ de la migraine, c'est une opinion à laquelle nous ne saurions nous rendre. » Les sympathies entre l'estomac et le crâne sont encore admises par beaucoup de médecins anglais. « Elles sont si grandes, dit Day, qu'une augmentation de la quantité d'aliments, un choc, une fatigue, un exercice exagéré pendant la digestion peuvent produire une migraine. »

Nous nous sommes assez expliqué sur ce point pour qu'il soit inutile d'y revenir. La doctrine de Tissot nous séduit peu parce qu'elle est loin de s'appliquer à tous les cas; parce que les affections typiques de l'estomac, névralgies, cancers, ulcères, phlegmasies chroniques, etc., accompagnées de poussées irritatives, ne créent nulle prédisposition à la migraine; parce que si les accidents cérébraux retentissent très vite sur l'estomac, la réciproque n'est pas vraie; le vomissement est de règle au début de l'attaque d'apoplexie; dans les affections gastriques, la céphalalgie est l'exception.

D'autres, admettant la même relation, en ont expliqué autrement le mécanisme. Galien parlait d'impureté du sang et d'hématopoièse défectueuse. Cette idée eut son temps de vogue; la *colluvies serosa* de Lepois se rapprochait tant de la matière peccante, qu'il était difficile de dire en quoi elle en différait; pour d'autres, l'élément nuisible était la bile, on la trouve dans les vomissements, par conséquent elle est en excès. Les migraines à symptômes gastriques prédominants, sont appelées presque toujours en Angleterre céphalalgies bilieuses (bilious headache). » Quand je demandais si la névrose avait ce caractère, dit Symonds, tout le monde répondait oui sans hésiter. Pour être mieux renseigné sur les fonctions du foie, j'en vins à une autre méthode, je m'informai de la coloration de la peau avant, pendant et après

la crise. Sur quatorze personnes, cinq me dirent qu'elle était un peu plus jaune que d'habitude; les autres n'avaient rien remarqué (1). » Day, qui admet un si grand choix de céphalalgies, croit qu'on peut appeler justement bilieuses, celles-là seules qui suivent les écarts du régime.

Clifford Albutt s'est efforcé de rendre plus élastique qu'elle ne l'était la théorie gastro-intestinale. La modification des secrétions, la transmission par voie réflexe à la suite des excitations parties de la muqueuse digestive n'obligent pas nécessairement de reléguer au second plan le système nerveux. Le pneumo-gastrique et le grand sympathique président à tous les actes physiologiques intra-abdominaux; il est possible que l'insultus initial vienne d'eux; Clifford Albutt essaye de distinguer le vomissement migraineux du vomissement cérébral et de montrer qu'il se rapproche plutôt de celui des affections digestives (2). Par ce moyen, on explique les métastases, et c'est précisément pour cela que des auteurs bien disposés en faveur de l'hypothèse l'ont abandonnée. Pelletan s'en défie: chez un homme de quarante ans, les migraines cessent après survenance d'une diarrhée catarrhale; on traite avec succès cette dernière par la thériaque, mais la névrose reparaît. Pour Tissot, c'est une métastase. « Il me semble, fait observer Pelletan, qu'à la place du médecin qui traita ce jeune homme, j'aurais soigné la diarrhée, et que, dans le cas où j'aurais pu présumer que l'estomac pouvait souffrir dans ses fonctions par suite de la cessation d'un vomissement bilieux ordinairement déterminé par la migraine, j'aurais préféré donner de temps en temps à ce malade un

(1) *Med. Times and Gaz.*, 1858, t. I, p. 498.
(2) *The Practitioner*, 1873, t. X, p. 25.

léger vomitif que chercher à rappeler sa migraine, chose qui d'ailleurs ne me paraît pas trop facile. »

Il est inutile de revenir aux congestions périodiques du foie et des autres glandes abdominales; on n'en parle plus depuis longtemps. Sur ce point, la physiologie pathologique reste tributaire de l'étiologie. Il serait intéressant de savoir par quel mécanisme le trouble organique des fonctions digestives se réfléchirait vers le crâne s'il produisait la migraine, mais il n'est pas démontré qu'il la produise.

§ II. — Hypothèses qui placent l'origine de la migraine dans le système nerveux.

Les doctrines que nous venons de passer en revue ne présentent plus guère qu'un intérêt historique, le système nerveux a si bien pris le premier rang que souvent toute la discussion pathogénique est réduite à celle des hypothèses de Dubois-Reymond et de Mollendorf. Il y a longtemps qu'on a essayé de donner à l'encéphale la place que Tissot accordait à l'estomac; on a formulé des propositions plus ou moins vraisemblables.

1° *Le cerveau est le point de départ de la maladie*, Romberg l'a dit (1). Hill Caleb Parry l'expliquait par une hypérémie artérielle de cet organe. De son temps, on parlait beaucoup d'hypersécrétion biliaire. Aucune des considérations si libéralement développées sur ce thème ne le satisfit; pour lui, l'accident était un effet et non une cause. Cet auteur admettait une *hypérémie* active parce que l'hémicrânie cesse souvent à la suite d'une

(1) *Voir Pathologie und Therapie d. Sensibilität und Motilitätneurosen*. Berlin, 1857 et *Lehrb. d. Nervenkranh. d. Menschen* 3te *Aufl.* Bd I, 1857, p. 204, 211.

épistaxis, d'une saignée légère, du flux hémorroïdal (1).

Les pathologistes allemands n'ont pas dit s'ils avaient eu connaissance de son travail ; en tout cas, personne ne leur a mieux frayé la voie. L'inconvénient capital de la théorie de Parry, c'est qu'elle ne rend pas compte de la succession des accidents, c'est qu'elle ne permet de comprendre ni l'intermittence ni la périodicité. Marshall Hall, qui la modifia en mettant tout le système veineux encéphalique à la place des artères (2), ne l'amenda guère.

Une autre a été, probablement grâce à sa bizarrerie même, souvent citée, quelquefois discutée, c'est celle de Liveing, la doctrine des *orages nerveux*. L'expression est assez pittoresque pour valoir une longue dissertation; il n'est pas possible d'arriver à une dénomination pareille sans des recherches approfondies, sans des merveilles de critique et de synthèse! M. Liveing est, en effet, prodigue de citations, de réflexions, de rapprochements. Le chapitre de la pathogénie est peut-être le plus éloquent de son livre, ce n'est pas le plus clair. M. Huchard conçoit difficilement ce que peut être un orage nerveux. Il nous a semblé que l'écrivain anglais avait surtout demandé des points de comparaison à la physique. Dans un corps électrisé, le fluide positif, accumulé à l'une des extrémités, électrise par influence le corps voisin, et lorsque la tension est supérieure à la pression atmosphérique, l'étincelle se produit. L'influx nerveux est de tout point comparable à l'électricité ; sous l'influence des actes organiques, il est constamment produit et éliminé. Dans certaines conditions, cette élimination devient impossible, il s'accumule sur

(1) *Elements of Pathology and Therapeutic*, vol. I, p. 244.
(2) *Outlines of the Croonian Lectures, for* 1851, 2e édit.

quelques filets nerveux, exagère leur rôle jusqu'au moment où la tension étant arrivée à son maximum, la décharge a lieu ; l'accès de migraine lui correspond. Il s'accompagne d'irradiations du côté des nerfs moteurs et du cerveau avec de légères contractions musculaires et des troubles de l'idéation analogues à ceux qu'on observe chez les épileptiques délirants.

Cette doctrine repose à la fois sur la tradition et l'observation. Pour expliquer la soudaineté et la périodicité irrégulière des crises nerveuses, Willis et Whytt étaient obligés d'admettre des localisations de la matière peccante ; c'était l'idée de Galien à peine modifiée. Holland a mieux compris les choses : ce n'est pas, d'après lui, à un liquide circulant qu'il faut songer, mais à l'influx nerveux dont la quantité et la qualité sont sujettes à des variations. Pourquoi, dans la migraine comme dans l'asthme ou l'épilepsie, une attaque crée-t-elle une sorte d'immunité contre une autre? C'est qu'après la décharge les choses rentrent dans l'ordre.

Voilà toute la théorie des tempêtes nerveuses ; elle est ingénieuse et commode ; mais malgré cela, nous ne croyons pas qu'elle compte jusqu'à ce jour de nombreux défenseurs. La défiance dont elle a été l'objet tient probablement à ce qu'elle repose sur un trop grand nombre d'hypothèses.

2° *La migraine a son point de départ dans une irritation primitive du grand sympathique.* — M. Trumet de Fontarce rappelle Liveing par certains côtés, on trouve chez lui la même énergie dans la conviction, la même chaleur dans l'exposition, le même besoin de ne laisser passer aucun symptôme sans l'expliquer. Pour cet auteur, le point de départ de la migraine est le plexus solaire. On ne comprend bien sa doctrine qu'après avoir entièrement parcouru son exposé; au premier coup

d'œil, on est porté à croire qu'il commente Tissot : « La migraine, dit-il, a son principe dans le tube digestif. On entend dire à chaque instant, la migraine vient de l'estomac, cette locution n'est vraie qu'à moitié. L'action et les sécrétions de l'intestin, du foie, du pancréas, sans doute, sont également intéressées. »

Mais l'auteur ne croit pas à une irritation digestive initiale, à la dyspepsie et à l'hypercolie; pour lui, tout dérive du système nerveux : la migraine part du plexus solaire et des divisions du splanchnique elle tient à une perversion des actes nerveux de la digestion, l'impression primitive retentit sur les filets nerveux, et entrave les processus physiologiques. La migraine est surtout une névrose émotive, elle entre dans l'économie par le système nerveux sensitif, c'est l'innervation gastro-intestinale qui périclite, ce n'est pas l'estomac lui-même qui souffre ». En rejetant le vomissement et les phénomènes de même ordre au second plan, nous nous sommes prononcé par anticipation sur cette doctrine.

Le grand sympathique avait été mis en cause longtemps avant M. de Fontarce. En 1860, Dubois-Reymond, sujet lui-même à la migraine, essaya d'en expliquer les symptômes à l'aide des données fournies récemment par l'expérimentation. « Nous savons, disait-il, en commençant, ce qui est resté longtemps à l'état d'hypothèse ou tout au moins de conséquence médiate des faits, que les petites artères sont sous la dépendance de filets nerveux moteurs qui, pour celles de la tête, partent du sympathique cervical ». L'auteur s'appuyait sur un seul cas, mais ses déductions étaient si bien conduites que l'article excita dès son apparition un vif intérêt. Sujet à la migraine depuis son enfance, il avait des accès qui revenaient toutes les trois ou quatre semaines. Un repas un peu long, une veille prolongée, suffisaient pour

les appeler. Le paroxysme était caractérisé par une douleur de la tempe droite, exagéré par la toux et la flexion du corps en avant, par les battements des temporales, dures et sinueuses; la face était pâle; l'œil rouge, enfoncé dans l'orbite, semblait plus petit que d'habitude; un vomissement marquait l'acmé, vers la fin, il y avait de la rougeur et de la chaleur de l'oreille droite.

Dubois-Reymond essaya de s'expliquer ce qu'il éprouvait à l'aide des théories antérieures, aucune ne le satisfit. Au contraire, toutes les particularités devenaient compréhensibles, si l'on admettait une tétanisation des fibres musculaires auxquelles se distribue le sympathique cervical : l'enfoncement de l'œil dans l'orbite, la dureté des temporales, l'anémie de la face sont les conséquences du même processus; il intéresse à la fois l'artère ophtalmique, la carotide interne et la vertébrale. Les vomissements sont analogues à ceux du mal de mer; l'auteur admet avec Wollaston qu'ils tiennent aux variations de la pression intracrânienne. La phase d'excitation est suivie de paralysie avec rougeur et chaleur des téguments. La conjonctive est injectée lorsque le reste de la face est pâle, parce que les parois de ses vaisseaux moins résistantes cèdent plus tôt que les autres. La mydriase de la première phase résulte d'une contracture tonique des fibres radiées de l'iris, dont l'origine est dans le centre cilio-spinal; la sensibilité à la pression au niveau des apophyses épineuses des vertèbres correspondantes l'indique.

La douleur s'explique sans qu'il soit nécessaire d'admettre une névralgie du trijumeau. Les contractures du tétanos, les crampes isolées des muscles de la vie de relation sont pénibles, pourquoi celles des muscles pariétaux des artères ne le seraient-elles pas ?

L'auteur, pressentant les objections qu'on pourrait lui faire, se garda bien de généraliser. « Mes explications, dit-il, ne conviennent que pour les migraines qui ressemblent à la mienne; il faut les appeler sympathico-toniques. Beaucoup de cas ordinairement donnés sous le même nom sont des névralgies; on doit en distraire ceux qui se rattachent à la variété en question. Si la doctrine de Küssmaul et Tenner (1) attribuant l'épilepsie à une contracture spasmodique des artères de la tête est vraie, la migraine n'en diffère que par le degré et l'étendue des troubles circulatoires locaux. La thérapeutique doit diriger ses efforts vers le centre cilio-spinal. »

Ces vues ne furent point acceptées sans contestation. Dès l'année suivante, M. Brown-Séquard se servant de la même méthode, n'eut pas de peine à trouver les points faibles : Il peut exister une constriction des vaisseaux encéphaliques, mais la douleur n'en dépend pas, à moins que les nerfs sensibles de leurs parois n'aient subi une hyperestésie préalable. On sait combien à l'état normal la sensibilité artérielle est faible; il est impossible d'attribuer la migraine à son exagération. Chez les animaux le spasme des vaisseaux intracrâniens produit par l'excitation du sympathique cervical semble à peu près indolent. Dubois-Reymond croit que cela tient à la faible sensibilité du lapin, mais quand on applique le même procédé aux chiens et aux chats, ils ne donnent pas plus de signes de douleur. L'œil est enfoncé, la face tirée, ce sont là des signes de paralysie et non d'excitation. « Il nous paraît évident que s'il y a eu réellement une contraction des vaisseaux sanguins dans le

(1) *Moleschott's Untersuch.* Bd III, 1857, p. 112-115.

(2) *Zur Kenntniss der Hemicrania.* Arch. für Anatomie, Physiologie, 1860, p. 461.

cas du physiologiste de Berlin, quelques portions du grand sympathique cervical ont été seules irritées, parce que si toutes celles qui se distribuent à l'encéphale l'eussent été, il eût éprouvé de véritables vertiges épileptiques. L'hypothèse de Dubois-Reymond rencontre une autre difficulté, nous faisons allusion à l'irritation des fibres d'origine du grand sympathique dans le centre cilio-spinal et la moelle allongée (il a son origine en partie dans la moelle, en partie dans le bulbe). Il est difficile de comprendre comment une irritation peut exister pendant plusieurs années dans un centre médullaire sans gagner les parties voisines et produire d'autres symptômes. Nous n'ajouterons qu'un mot : c'est que dans la plupart des cas de migraine que nous avons observés, la face, l'oreille et l'œil présentaient des symptômes de paralysie et non d'irritation du grand sympathique (1). »

Il reste peu de chose debout de la doctrine puisqu'elle n'explique point le phénomène fondamental, puisqu'elle est en contradiction avec beaucoup de faits cliniques; c'est tout au plus si elle rend compte de quelques accidents isolés. A la suite de réflexions analogues Möllendorf en professa une autre. Le sympathique est en cause : le caractère intermittent de la maladie, la coïncidence des accès avec les poussées congestives, si fréquentes chez les femmes et suivant à quelques heures de distance les émotions morales ou la fatigue intellectuelle, tout l'indique.

L'auteur s'efforce ensuite de tirer parti des données connues et d'arriver par synthèse à une conception générale. Il faut tenir compte du siège de la douleur, de ses variations dans le cours de l'accès, du

(1) *Journal de physiologie*, t. IV, p. 137, 1861.

soulagement que produit la constriction exercée autour du front, de l'influence des modifications de la circulation de la tête. Quand on appuie sur la carotide au niveau du cartilage thyroïde, on fait cesser les battements de la temporale, les phénomènes oculaires disparaissent pour revenir avec les premières pulsations. La douleur est au contraire augmentée par la compression de la carotide du côté opposé. Ce sont là des faits d'observation courante.

Le sympathique est en cause, mais il est paralysé, l'innervation vaso-motrice est supprimée, les artères de l'encéphale se dilatent. Ici la thèse de Möllendorf va se rapprocher de celle de Parry. La douleur tient à l'accumulation du sang dans les branches terminales d'une des carotides internes. La compression faite de ce côté la diminue parce qu'elle détermine une ischémie passagère du côté sain ; elle l'exagère en produisant une hypérémie compensatrice en sens inverse. En pressant sur la sous-clavière, on augmente la douleur parce qu'on paralyse la carotide.

L'examen ophtalmoscopique est en faveur de la même doctrine. Pendant l'accès, le fond de l'œil est écarlate. Les battements du cœur sont moins énergiques et moins nombreux que d'habitude ; la respiration est superficielle, la paralysie vaso-motrice de la tête s'accompagne d'une constriction des vaisseaux périphériques (1).

Malgré l'identité du point de départ, le contraste est bien accentué : « Ma migraine, disait Dubois-Reymond, tient à une irritation du sympathique cervical. — La migraine, répond Möllendorf, résulte d'une paralysie de ce nerf. » La conciliation semble impossible, et cependant beaucoup l'ont tentée.

(1) *Ueber Hemikranie*. Virchow's Archiv. Bd. XLI, pp. 385-395.

Le physiologiste de Berlin avait bien observé, raisonné juste; son contradicteur s'appuyait sur des faits indiscutables. Que conclure? sinon que tous deux ont raison en leur temps; qu'il existe une migraine sympathico-tonique et une autre neuro-paralytique; que les phases se succèdent; c'est l'opinion de M. Jaccoud. Eulenburg, O. Berger, Holst, Hammond, etc., admettent deux variétés distinctes : la migraine *blanche angioténique*, avec pâleur de la face, induration des temporales, mydriase et la migraine *rouge neuroparalytique* dont les symptômes sont exactement contraires.

L'objection de Brown-Séquard a moins d'importance qu'on n'est tenté de le croire, car l'excitation du sympathique cervical poussée jusqu'à la tétanisation de son bout central produit simplement la constriction des vaisseaux avec diminution de la température locale, sans convulsions ni vertiges épileptiformes. Fischer (1) n'en a jamais vu chez le chat; au contraire, en faisant la faradisation du côté droit et du côté gauche en même temps, il a toujours eu de l'opisthotonos et de la dyspnée spasmodique.

Eulenburg croit que dans la variété neuro-paralytique, l'hypérémie cérébrale s'accompagne d'anémie de la moelle allongée. Les expériences de Landois expliquent le refroidissement périphérique et le ralentissement du pouls; il a démontré qu'ils se produisent toujours dans les stases veineuses du cerveau, déterminées par la compression de la veine cave supérieure ou la section des deux sympathiques cervicaux. On n'observe rien de semblable quand on coupe le bulbe. Le ralentissement du cœur peut être porté jusqu'à l'arrêt; lorsque l'hypérémie se prolonge; il s'accompagne alors de convulsions épileptiformes (2). »

(1) *Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, VII, 1875.
(2) *Centralbl. f. med. Wissensch*, 1865, n° 44, et 1867, n° 10.

Eulenburg trouve invraisemblable l'opinion de Dubois-Reymond sur la douleur (la compression des extrémités nerveuses par les fibres musculaires tétanisées des vaisseaux), il l'attribue plutôt aux troubles de la circulation cérébrale. L'expérience a fait voir depuis longtemps que l'anémie et la congestion sont des causes ordinaires de céphalée et de céphalalgie. Cette théorie est si commode, qu'on est tenté de l'accepter comme définitive. Malheureusement — et ce n'est pas un des moindres écueils de cette étude, — nous sommes condamnés, si nous voulons rester aussi près que possible de la vérité, à mettre en regard des arguments positifs, les lacunes, les imperfections, les impossibilités. Il faudrait, pour rendre irréfutable la thèse de Möllendorf, que les analogies fussent frappantes; que nous eussions des identités et non des similitudes; que l'observation et l'expérimentation fussent d'accord; que les caractères constants de la crise migraineuse rappelassent ce que l'on observe après la section du sympathique cervical et l'excitation de son bout central; que dans les lésions accidentelles de ce nerf chez l'homme, on eût des hémicrânies semblables à celles qui surviennent spontanément. Les choses ne se passent pas ainsi : dans le dernier cas, les phénomènes oculaires sont à peu près constants, les symptômes vaso-moteurs sont fugaces et légers, souvent ils manquent.

Après avoir analysé toutes les observations antérieures à 1869 (1), Poiteau concluait que le rétrécissement de la pupille est le signe le plus constant et le plus stable de la lésion du grand sympathique au cou et à la partie supérieure du thorax; que les autres manifestations

(1) *Des lésions de la portion cervicale du grand sympathique.* Th. Paris.

congestives ou calorifiques n'avaient été notées que six fois sur dix-huit, c'est-à-dire dans le tiers des cas.

Il suffit de songer à ce qui se passe dans la migraine pour que le contraste soit évident. La pâleur ou la rougeur peuvent faire défaut, mais elles sont infiniment plus fréquentes que la mydriase ou l'enfoncement de l'œil dans l'orbite. Nous ne connaissons qu'un cas donné sous le nom de migraine, dans lequel des symptômes oculaires isolés soient revenus par accès à plusieurs reprises; il a été publié il y a quelques années par Saundby; encore ne pouvait-on mettre le sympathique en cause; tout rappelait la paralysie régulière de la troisième paire (1).

Si le sympathique cervical est l'origine du mal, les accidents qui s'y rattachent devraient être assez étroitement unis pour qu'en voyant l'un, on pût prédire l'arrivée de l'autre. Or, les changements de couleur de la face ne sont souvent accompagnés d'aucune modification de l'œil; parfois même il existe une vraie contradiction symptomatique. Chez une malade de Berger, la rougeur occupe au début une moitié du front. La *pupille* est *rétrécie*, phénomène paralytique; les temporales, qui battent violemment, sont rigides et sinueuses, phénomène spasmodique. Une autre personne a successivement des migraines blanches et rouges; l'accident constant, le plus désagréable dans les deux formes, c'est l'hypercrinie salivaire.

Il n'y a rien de régulier dans les phases : tantôt le malade est livide au début, écarlate plus tard; d'autres fois c'est l'inverse. L'ensemble des accidents fait songer au sympathique, mais ni leur succession ni leur modalité

(1) *A case of megrim with paralysis of the third nerve*. The Lancet, 1882, II, 345.

ne sont comparables à celles des phénomènes auxquels on prétend les assimiler.

« Les symptômes vaso-moteurs, dit M. Vulpian, ne se manifestent que dans les cas d'ailleurs nombreux où la migraine occupe la région frontale et orbitaire, et dans ces cas, ils ne sont pas constants. Il est donc impossible de tenir pour satisfaisante une théorie de la migraine ayant pour base l'hypothèse d'une perburbation primitive et constante des fonctions du grand sympathique cervical. Tout au moins, pour rendre cette théorie à peu vraisemblable, devrait-on admettre que les fibres du sympathique ne sont pas toutes affectées. Chez certains malades, les fibres destinées aux parties supérieures de la tête seraient souffrantes en même temps que celles qui se distribuent aux parties profondes ; chez d'autres malades, ces dernières fibres seraient seules atteintes. Et encore, même ainsi présentée, l'hypothèse en question ne me paraît pas acceptable. »

Il y a onze ans que le savant professeur formulait ces réserves, et depuis lors aucun fait n'est venu fournir un appui nouveau aux doctrines dont il parle.

Il est décourageant, quand on a recueilli des observations, parcouru force mémoires, demandé des renseignements à la statistique, à la physiologie expérimentale, d'aboutir à l'incertitude, et c'est le cas. Pour affirmer quelque chose, il faudrait l'imagination de Tissot, la hardiesse de Dubois-Reymond, l'enthousiasme de Liveing. Nous aimons mieux avouer qu'il règne encore une grande obscurité dans tout ce qui touche à la nature et la pathogénie de la migraine.

Les probabilités sont en faveur *d'une névralgie siégeant primitivement sur un rameau déterminé du trijumeau*. L'irritation se propage ultérieurement aux fibres du sympathique et peut-être à la substance

cérébrale. Des causes multiples peuvent amener l'accès ; des causes constitutionnelles, le rhumatisme et la goutte en particulier, préparent le terrain. Quelles modifications ont-elles imprimées aux éléments nerveux ? nous ne saurions le dire.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

On pourrait croire à première vue ce chapitre superflu. Pourquoi chercher des distinctions à propos d'une maladie dont les accès sont caractéristiques ? La remarque n'est pas juste; le diagnostic, impossible à la première attaque, est difficile dans bien des cas. Rappelons-nous qu'on rencontre quelquefois la maladie dans l'enfance, qu'elle est commune à l'âge adulte et rare dans la vieillesse; qu'elle présente un appareil symptomatique dont les traits principaux sont la douleur, les accidents gastriques, les troubles vaso-moteurs et sensoriels, que les crises sont périodiques, que leurs intervalles sont libres de manifestations et durent au moins huit jours

On peut confondre avec elle, outre les affections locales comme la prosopalgie irradiée au crâne, les céphalées et les céphalalgies secondaires. Oppolzer, qui combattait les théories rattachant la migraine au trijumeau, a mis en relief plusieurs points très utiles pour le diagnostic. Dans les névralgies, la douleur est compressive, accompagnée d'élancements fulgurants. Dans le cours de l'accès, il y a des rémittences; les crises se succèdent avec une grande

rapidité ; on en voit souvent une débuter moins de vingt-quatre heures après la fin de la précédente. Au contraire la douleur de la migraine est continue, ascendante ; elle arrive à son acmé sans arrêts ; les périodes d'indolence sont longues (1).

Ajoutons que ces éléments sont souvent insuffisants. Dans un des cas rapportés par Mastboom, il était impossible au moment de la crise de dire si l'on était en présence d'une migraine ou d'une névralgie faciale ; les douleurs, qui au début occupaient le côté droit, passaient dans la suite à gauche ; elles commençaient par le menton, s'étendaient plus tard à la joue, au vertex, aux oreilles ; s'accompagnaient de battements des tempes. La pression sur le trajet des sympathiques en provoquait d'autres s'irradiant vers la face. Celui qui n'eût observé la maladie que vers la fin de l'accès eût pu croire à une hémicrânie régulière.

« Le rhumatisme du cuir chevelu, dit M. Huchard, s'en distingue par les phénomènes douloureux des articulations. Du reste, cette céphalalgie peut être le symptôme avant-coureur du rhumatisme cérébral, dont elle-même est une des formes atténuées, ou elle n'est autre chose qu'un rhumatisme musculaire, qu'une affection douloureuse du péricrâne. Il est extrêmement rare que le rhumatisme épicrânien soit la première manifestation de la diathèse, et le plus ordinairement il se déclare chez des sujets ayant déjà éprouvé d'autres rhumatismes soit articulaires soit musculaires. Dans tous les cas, l'exaspération de la douleur par la contraction de l'occipito-frontal, l'absence des nausées, de vomissements, de troubles nerveux, permettent d'affirmer le diagnostic (2).

(1) *Ueber Hemikranie*. Allg. Wien. med. Zeitung, VII, 152, 159, 1862.

(2) Axenfeld. *Traité des névroses*. 2e édition. Paris, 1883, p. 247.

Ces caractères différentiels n'ont qu'une valeur relative; la migraine, peut, comme nous l'avons vu, déterminer la production des foyers douloureux permanents sur le crâne ou la partie supérieure du cou; la distinction complète n'est possible que si l'on tient compte de la marche de la maladie.

Les céphalalgies secondaires dont le diagnostic présente surtout des difficultés tiennent aux intoxications, à la syphilis, aux maladies du cerveau et de ses enveloppes.

Il y a deux sortes d'hémicranies miasmatiques; pour les unes la malaria a joué simplement le rôle de cause prédisposante, la névrose s'est montrée après la guérison d'une fièvre intermitente, et elle résulte probablement de la déchéance organique créée par elle; les migraines à périodicité régulière et courte prises dans un milieu palustre sont des pyrexies larvées. En examinant les malades avec un peu d'attention on ne se méprend guère; du reste la manière dont le sulfate de quinine les influence montre vite la véritable nature du mal.

Les céphalées urémiques induisent difficilement en erreur. Dans les cas d'albuminurie légère, analogues à ceux qu'a rapportés Rossbach, il est difficile de songer à une lésion grave du rein, le trouble de l'excrétion urinaire paraît tenir à la migraine. La difficulté constitue plutôt l'exception que la règle pour les accidents urémiques plus prononcés. Dans un cas communiqué dans le cours de l'année dernière à la Société de médecine pratique, M. Huchard rapporte qu'un goutteux sujet aux migraines vit tout à coup sa douleur, de pariétale qu'elle était, devenir frontale et beaucoup plus violente qu'auparavant; en même temps elle persistait, mais atténuée dans l'intervalle des crises, c'était le début d'une néphrite interstitielle. La transformation était assez frappante

pour mettre le médecin en éveil, et lui montrer qu'il se passait quelque chose d'insolite dans l'économie, que la névrose avait reculé du premier au second plan.

Chez quelques individus, il existe une idiosyncrasie telle qu'ils ne peuvent supporter une certaine dose de tabac sans éprouver des phénomènes toxiques. M. Napoleone d'Amona en a vu plusieurs fois qui ressemblaient à la migraine idiopathique. Un homme de quarante ans, fumeur, sans antécédents diathésiques héréditaires, avait toutes les sept semaines un accès hémicrânique. Il était assez violent pour l'obliger à se mettre au lit durant huit à dix heures. Ce malade se plaignait en outre de palpitations et de faiblesse générale; il fumait quatre à cinq cigares par jour tout au plus : M. d'Amona prescrivit l'abstinence complète du tabac, et les migraines cessèrent (1).

Les céphalées syphilitiques sont plus difficiles à reconnaître. Le mal de tête, toujours léger, n'empêche pas les malades de vaquer à leurs travaux, ils y font à peine attention; mais c'est le premier en date, d'accidents qui ne rétrocéderont pas spontanément. La précocité du diagnostic est souvent une question de vie ou de mort. « La forme céphalalgique de la syphilis cérébrale, dit M. Fournier, est la plus commune, soit qu'indépendante de tout autre symptôme, elle traduise seule l'invasion de la syphilis dans le cerveau, soit qu'elle se combine à des manifestations d un genre différent. Il n'est pas d'exagération, je crois, à dire qu'à divers degrés elle inaugure le début de la syphilis cérébrale dans les deux tiers des cas (2). »

Lorsqu'il y a des poussées intermittentes, éventualité

(1) *La Emicrania in rapporto alla sua terapia.* Gaz med. ital. Prov. Venete, 17 février, 1877, nº 7, p. 49.

(2) *La syphilis du cerveau.* Paris, 1879, p. 87 et suiv.

rare, il est difficile de les distinguer de la migraine. La douleur est profonde et correspond à l'intérieur du crâne »

On rencontre tous ces caractères dans l'hémicrânie commune; il nous paraît impossible d'arriver à un résultat en tenant compte exclusivement de l'accès. Mieux vaut chercher des renseignements dans l'état général et les antécédents. Une céphalalgie insidieuse survient sans cause connue chez un adulte; il y a des espèces de crises, mais leurs intervalles ne sont jamais tout à fait calmes; les régions frontale ou pariétale sont le siège d'une vague sensation de pesanteur; c'est un motif de défiance. Précisons nos interrogations par rapport à la syphilis. Si le résultat est nul, si le malade a, comme le fait observer M. Fournier, perdu jusqu'au souvenir d'un malheur de jeunesse, il faut se placer dans l'hypothèse la plus défavorable et administrer l'iodure de potassium. Lorsque, grâce à lui, la douleur continue s'arrête, et que les crises s'éloignent, le diagnostic est fait.

Les tumeurs cérébrales donnent parfois lieu à des céphalalgies unilatérales et paroxystiques accompagnées de nausées, de vomissements, de vertiges, de troubles sensoriels et psychiques. On peut croire longtemps à des migraines idiopathiques, ce fut le cas pour le physicien Wollaston : Lilienfeld (1) et Bernard Schwarz ont publié des observations de ce genre très instructives : un homme de cinquante-quatre ans, bien portant jusque-là, fut pris brusquement d'une douleur violente du côté gauche de la tête sans vomissements ni symptômes suspects d'aucune sorte; les médicaments furent inutiles, elle persista jusqu'à la mort, qui eut lieu au bout de quelques jours ; le cas était exactement le même chez une femme également observée

(1) *Zwei Fälle von scheinbar. einfacher Hemikranie mit tödtlichem Ausgang.* Wiener med. Press, 1876, n° 50, p. 1603.

par Lilienfeld, elle succomba sans avoir présenté de paralysie déterminée. A l'autopsie, on trouva plusieurs foyers de ramollissement cérébelleux. Le titre donné par l'auteur à ces observations peut seul tromper; personne en France ne parlerait de migraines à propos d'accidents de cette nature.

Le fait de Schwarz était plus douteux; il était relatif à un soldat âgé de vingt-deux ans et toujours bien portant auparavant. Entré à l'hôpital pour une céphalalgie unilatérale extrêmement violente, il mourut subitement après quelques jours. La douleur avait présenté des intermissions et chaque accès s'était terminé comme la migraine. A l'autopsie on trouva une tumeur pédiculée du voisinage de la couche optique (1).

Chez les vieillards, la céphalée à exacerbations, qui précède le ramollissement cérébral, ne prête pas à la confusion. On n'a de difficultés que dans certaines caducités précoces. M. de Giovanni croit que les migraines peuvent aboutir à l'athérome des temporales et des artères intra-crâniennes. Il a vu chez une femme de cinquante ans qui en était affectée depuis l'enfance du côté droit la temporale correspondante dure et sinueuse, tandis que sa congénère était intacte; « J'en suis arrivé, dit-il, à regarder l'altération artérielle comme la suite de l'accès, l'arc sénile comme une dystrophie consécutive elle-même aux troubles vaso-moteurs. »

Nous signalons le fait pour montrer que dans certains cas normaux en apparence, la migraine peut voiler un état plus grave.

M. Huchard insiste sur les douleurs fulgurantes de la

(1) *Ein Fall von scheinbarer. Hemikranie mit ödtlichem Ausgange* même journal 1878, n° 9, p. 270.

(2) *Contribuzione alla patogenesi della ondarterite.* Annali universali di medicina, 1877, t. CCXXXIX, pp. 716, 91.

tête et de la face signalées au debut de l'ataxie locomotrice par Pierret, elles ne peuvent prêter au doute que fort rarement.

Ce que nous avons dit à propos de la marche nous dispense d'insister longuement sur le pronostic. La migraine idiopathique ne menace la vie ni à courte ni à longue échéance. Nous ne connaissons qu'une observation peu concluante de Möllendorf, dans laquelle la névrose fut la cause indirecte de la mort. Une femme de quarante-six ans, très irritable, était affectée d'accès si pénibles qu'elle se frappait violemment la tête contre les murailles. A la suite de l'un deux, elle perdit la mémoire, cessa de parler, présenta des phénomènes paralytiques que l'auteur n'a pas décrits et mourut au bout d'un mois. L'autopsie ne fut pas permise; mais Möllendorf croit que la malade avait succombé à un hématome de la dure-mère d'origine traumatique.

Malgré la bénignité de son pronostic, la migraine est une affection désagréable à tous points de vue, et, comme le fait justement observer Calmeil (1), elle finit, lorsque les attaques sont rapprochées et intenses, par exercer sur le caractère et les facultés psychiques une action assez fâcheuse pour légitimer une médication active.

(1) *Dict.* 30 vol., XX, p. 6.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE

On trouve peu de maladies dans lesquelles les indications thérapeutiques soient aussi nettes, contre lesquelles on ait préconisé autant d'agents et de procédés. Par malheur l'efficacité de tous est problématique ; tel qui a fait cesser une première crise, reste sans action sur la suivante.

La médication de Wepfer fut en faveur pendant tout le XVIIIe siècle : elle comprenait la sobriété, l'exercice, les régimes incapables de produire l'âcreté du sang, l'abstention des efforts intellectuels et des veilles, les vésicatoires, les cautères, les sudorifiques, la saignée de l'artère temporale, la racine de valériane. Tissot n'admettait l'artériotomie que chez les sujets pléthoriques ; pour lui les migraines gastrique et utérine ne réclamaient que des précautions hygiéniques ; on peut dans certains cas d'atonie de l'estomac provoquer les vomissements à l'aide l'ipécacuanha ; plus tard on donnera les amers, surtout le trèfle de marais.

Ces moyens ont été remplacés par d'autres qui ne valent guère mieux. On écrirait un volume sur tous les

traitements préconisés et délaissés; ceux qui les ont vantés ont tenté de répondre aux indications causales : atténuer les accidents paroxystiques, en prévenir le retour. L'unanimité n'existe même pas sur ce point : nous avons vu Trousseau proscrire le traitement de la migraine chez les goutteux. « Je ne serais pas étonné dit M. Grasset, qu'après un peu de pratique, et après avoir vu quelques migraineux, chacun de mes lecteurs arrivât à ne rien prescrire du tout pendant l'accès pour combattre cet accès lui-même. Le repos, la tranquillité, voilà tout ce que demandent les patients, et tout ce que j'engage à leur accorder sans les fatiguer, ni par des questions ni par des remèdes inutiles » (1).

L'inaction défiante ne nous semble pas justifiée. Admettons que la migraine soit une manifestation de la goutte, qu'il existe entre tous les accidents une solidarité assez étroite pour qu'on ne puisse en supprimer un sans en évoquer un autre. Est-on désarmé pour cela? Il faudrait admettre que la goutte est en dehors de la sphère d'action du médecin, qu'il est inutile ou dangereux de s'en occuper, ou bien que l'hémicrânie forme un complexus *sui generis* contre lequel l'amélioration de l'état général ne peut rien. On doit soigner les goutteux; les traitements bien compris donnent de bons résultats, et pour agir indirectement, ils n'en agissent pas moins sur la migraine.

L'inefficacité et l'incertitude des moyens sont propres dans bien des cas à jeter le discrédit sur tous. Nous ne pouvons guère donner à la thérapeutique une direction rationnelle, car nous ne savons ni comment les remèdes soulagent ni à quel moment ils sont utiles.

La plupart des auteurs adoptent provisoirement la

(1) *Traité des maladies du système nerveux*, 2e éd., 1881, p. 623.

doctrine allemande et se proposent d'amener une constriction ou une dilatation de vaisseaux.

Le café jouit encore d'une réputation un peu usurpée, c'est un médicament populaire que les médecins n'ordonnent guère; la caféine et ses sels ont pris sa place. Dès 1856, Eulenburg la conseillait (1), Hamon donnait la préférence au citrate administré en pilules jusqu'à la dose de deux grammes en 24 heures pendant l'accès (2).

Le guarana, pâte préparée au Brésil avec les graines du paulinia sorbilis, possède probablement une action analogue. Employé depuis longtemps avec des alternatives de revers et de succès, il a été soumis à une expérimentation méthodique en Angleterre par les docteurs Murray, Clarke, Fiddes, Fraser, Dyce Davidson, dans leur service à l'hôpital Middlesex. Clarke et Davidson n'ont rien obtenu. Fiddes a réussi souvent à arrêter les accès ; les résultats de J. Murray ont été peu décisifs (3). Chez une femme dont les migraines, durant depuis huit ans, correspondaient aux époques menstruelles, il n'eut aucune amélioration. Dans deux autres cas, le guarana pris pendant six mois ne donna qu'un mieux à peine sensible. Wilkes croit qu'il est toujours avantageux de l'administrer au commencement de la crise : plus tard il est inutile (4). Hammond le prescrit encore à dose de un gramme vingt centigr. par jour dans des attaques et n'a qu'à s'en louer (5).

Les préparations de quinquina sont capricieuses. Piorry a eu des succès sérieux avec la quinine brute (6); son

(1) *Allg. med. Centralzeitung*, 1854, et *Bullet. de thérap.*, LXVI, p. 218.

(2) *Presse méd. belge*, 1850 et *Bullet. de thérap*, 1850, p. 40.

(3) *Brit. med. Journal*, 1872, t. II, 21 décembre, p. 684.

(4) *Même Journal*, 6 janvier, 1872, p. 8.

(5) *New-York med. Journal*, 1880, XXXVIII, pp. 544, 546.

(6) *Bullet. de thér.*, t. LVII, p. 91.

emploi ne s'est jamais généralisé. En 1858, Debout recommandait chaudement le sulfate de quinine à Serre d'Alais tourmenté par des migraines atroces (1). Ce n'était point, selon lui, un palliatif, mais un médicament capable de guérir dans le sens absolu du mot. Comme il ne s'agissait ni d'une affection mal connue ni d'une préparation rare, on prêta peu d'attention à son article qui n'a été cité presque par personne. Serre, ne voulant rien avancer à la légère, mit trois ans à répondre ; sa lettre est détaillée et intéressante : il a été radicalement guéri; la première dose a produit un soulagement, les suivantes ont fait cesser les accès (2). M. Jaccoud (3) déclare que la préparation de Debout les éloigne et les allège sans pourtant guérir la maladie ; elle a donné d'excellents résultats à M. Gauchet (4).

Le quinquina a été mélangé à l'opium (5), au tabac à priser et donné en poudre. En 1832, le docteur Richer recommandait cette méthode (6) que M. Hui tenta d'exhumer en 1883 (7); peu de praticiens l'ont adoptée.

En unissant le colchique à la digitale et au sulfate de quinine, Debout obéissait à une idée théorique : les préparations de colchique étaient alors très appréciées dans la goutte, la digitale agit sur le système vasculaire : il combattait à la fois la névrose périodique, la diathèse et l'accès.

Par suites des insuccès fréquents du quinquina, on

(1) Voici la formule de Debout : Ext. de colchique, 3 grammes, sulfate de quinine, 3 grammes, poudre de digitale, 1gr,50 pour 30 pilules, *Bull. de thér.* t. LII, p. 114, 219.

(2) *Bull. de thérap.*, 1860, t. LVIII, p. 357.

(3) *Pathol. int.*, 6e édit., t. I, p. 562.

(4) *Bull. de thérap.*, 1870, t. LXXIX, p. 370.

(5) Andouard. *Céphalalgie périod. combattue par le quinquina.* Journal de méd. chir. et phar., 1818, pp. 64, 318, 325.

(6) *Bull. de thérap.* 1832, t. II, p. 427.

(7) *Revue méd. franç. et étrangère*, t. II, 227.

eut recours à d'autres médicaments à propriétés similaires; en 1870, Curran recommandait la salicine (1). Depuis lors, les préparations de même ordre ont acquis une importance inattendue; il eût été extraordinaire que l'acide salicylique et surtout le salicylate de soude n'eussent pas été essayés dans une affection périodique à base arthritique. En 1881, Oehlschläger communiquait à la réunion médicale de Dantzig plusieurs cas dans lesquels il l'avait donné et recommandait à ses confrères de l'administrer et de publier leurs observations (2). Cet appel fut à peine entendu; dans les journaux allemands de l'année suivante, on ne trouve qu'un travail sur l'action du salicylate de soude dans la migraine, celui de Rohlfing (3), c'est une note de vingt lignes! Depuis lors, un médecin russe, M. Finkelstein, a tenté d'étudier à fond la question et d'indiquer une fois pour toutes ce que l'on peut attendre de ce sel. L'ayant administré dans quatorze cas, il conclut qu'il diminue la durée de l'attaque; il est moins actif dans les migraines sans phénomènes vaso-moteurs. Malgré tout, aucune préparation ne présenterait une efficacité comparable : il éloigne les accès, finit par avoir complètement raison de la maladie. Le mieux est de donner une dose assez forte au commencement de la crise, et si elle ne soulage pas, de la renouveler une demi-heure plus tard quand même le malade vomirait (4).

Le seigle ergoté et son principe immédiat sont tout indiqués dans les formes neuro-paralytiques. Woakes a conseillé 30 grammes, tous les quarts d'heure, d'une solution renfermant 7g,50 d'extrait fluide de seigle ergoté

(1) *Salicin in the traetment of hemicrania.* Med. Mirror, 1870, VII, 99.

(2) *Natrum salycilicum gegen Kopfschmerz.* Allg. med. Centralzeitung, 1881, p. 441.

(3) *Même journal*, 1882, p. 385.

(4) *Vratch*, 1884, p. 187.

de la pharmacopée anglaise pour 28 grammes d'eau. Vogt(1) et Eulenburg préfèrent donner 60 à 80 centigrammes d'ergotine en 24 heures : Ce médicament qui est sans action sur la névrose n'est pas plus efficace contre ses paroxysmes.

Les préparations de noix vomique recommandées par Handfield Jones, Day, Mac Lane, ne valent pas mieux. Hamilton préfère dans les formes angioténiques un mélange de digitale et de nitro-glycérine(2). Symonds l'aconit (2 gouttes de teinture de Fleming dans l'accès) (3).

Les bromures, le bromure de potassium entre autres, sont rangés à côté des médicaments précédents; cela ne veut pas dire qu'ils agissent exclusivement sur le système vasculaire. Tandis que certains leur accordent une action souveraine dans les migraines blanches, les autres n'en veulent qu'à la phase de dilatation. Day et Woakes (4) en ont obtenu d'excellents effets dans les hémicrânies consécutives au surmenage cérébral.

Hammond associe le bromure de sodium à la teinture de geselmium et d'aconit, dans les migraines neuro-paralytiques (5). Smith le donne avec le valérianate d'ammoniaque (6).

M. Huchard administre en une seule fois 3 à 4 grammes de bromure de potassium quand la douleur commence (7). M. Barewel trouve une indication spéciale

(1) *Bert. Klin. Wochenschr.*, 1872.

(2) *Note upson the treatment of migraine* New-York med. Journal. 1853, XXXVIII, 546.

(3) *Med. Times and Gaz.* 1858. *Bullet. de thérap.*, LVI, 537.

(4) *On sick headache* Brit. med. Journal, 6 janvier 1872, p. 8, et t. II, *même année*, 21 décembre.

(5) *New-York med. Journal*, 1883, t. XXXVIII, p. 544, 546.

(6) *The therapeutic of headache* New-York med. Record, 1876, XI, 503-505.

(7) *Journal des médecins praticiens*, 1884, p. 491.

dans l'anémie (1); Sydney Ringer veut que les dysménorrhées en soient une autre (2).

Les bromures sont de bons médicaments, ils atténuent la douleur, diminuent l'agitation, les troubles psychiques et sensoriels. « Dans la migraine ophtalmique, M. le professeur Charcot administre le bromure de potassium à faibles doses (3, 4, à 8 grammes par jour pendant des mois); il y associe parfois le bromure de sodium et d'ammonium. »

Les inhalations de nitro-glycérine et de nitrite d'amyle sont en grande faveur en Angleterre et en Allemagne; préconisées par Douglas Lithgow en 1869 (3), elles ont été adoptées par Jackson, Eulenburg, Hammond, etc.

O. Berger commence par faire aspirer trois gouttes et recommence au bout d'un quart d'heure. Le procédé est commode, mais on ne sait ce qu'il vaut. Des praticiens qui ont le plus employé le nitrite d'amyle, les uns en parlent comme d'une substance redoutable, les autres sont sceptiques. Dans tous les cas, il faut considérer les inhalations comme une méthode d'urgence utile dans les attaques très douloureuses.

Nous arrivons aux anesthésiques proprement dits. On n'a jamais donné l'opium qu'avec réserve, Pelletan admettait qu'on fît prendre un grain en deux fois à une heure de distance si les souffrances étaient atroces. L'emploi des sels de morphine a peu changé les choses. Jung employait l'acétate en inhalation (4), Day n'admet les injections hypodermiques que si l'état général ne laisse

(1) *Rec. de mém. de médecine militaire*, 1867, XVIII, 371-390.

(2) *Nitrit of amyl. in nervous cephalalgia.* The Lancet, 1875 II, 556.

(3) *Edinb. med and surg. Journal*, 1869.

(4) *Neue med. chir., Zeitung et Bullet. de thérap.*, 1856, t. LIII 286.

rien à désirer; Hammond se sert indifféremment de la morphine ou de l'atropine.

En 1849 Broxholm fit plusieurs fois l'anesthésie chloroformique pour atténuer des crises; il est peu probable qu'elles appartinssent à la migraine, car elles étaient journalières (1).

Mieux vaut, comme S. Ringer, donner le chloral par voie buccale ou rectale; il réussit aux névropathes (2). M. Seuvre est parvenu constamment chez la même personne à enrayer les accidents avec un lavement qui en renfermait 3 grammes (3).

En 1872 Green publiait un article rapportant plusieurs observations de traitement de la migraine par le chanvre indien (4). Cette médication fut popularisée en Amérique par Seguin de New-York. Selon lui, quelques gouttes de teinture coupent infailliblement l'accès, mais on aurait tort de se contenter d'un pareil résultat. En continuant avec persévérance pendant six, huit mois ou même un an, on arrive à guérir (5). Je ne crois pas que cette méthode ait été jusqu'ici beaucoup employée en France.

Les procédés physiques sont également nombreux. Nous avons vu de quelle manière la compression des carotides agit sur la douleur; on a tenté d'utiliser cette notion : Duchange en 1844 (6) et depuis lors Merz ont institué un traitement basé sur elle (7). Tavignot, qui

(1) *On a case of hemicrania successfully treated by chloroform.* The Lancet, 1849, I, 609.

(2) *Remarks on the action of hydrate of croton chloral on megrim.* Brit. med. Journ. 1871, II, 637.

(3) *Bulletin de thérapeutique*, 1878, XCV, 365, 367.

(4) *Cannabis indica in the treatment of the migraine.* The Practitioner, 1872, IV, 267, 70.

(5) *A contribution to the therapeutic of the Migraine.* New-York, med. Record. 1877, 774, 776.

(6) *Soc. de médecine d'Anvers*, 1844, 293. 96.

(7) *Med. chir. Monatshefte* et *Presse médicale*, 1859, n° 10. An. in *Bullet. de thérap.*, p. 57, p. 92.

attribue tout au défaut d'oxygénations du sang de l'encéphale, recommande à ses malades les inspirations énergiques et rapides pendant un quart d'heure ou une demi-heure (1) : beaucoup croient que les efforts intellectuels provoquent l'attaque, Lagasque les conseille pour la guérir (2). Bonnal a obtenu un soulagement en plaçant un malade dans un bain d'air chaud (3).

Puttman tient aux inhalations d'acide carbonique (4), Lee, à celles d'hydrogène sulfuré !!!! (5).

« Autrefois le magnétisme a guéri des migraines et, M. Deleuze a communiqué dans une thèse soutenue en 1827 deux observations dans lesquelles il dit avoir soulagé en les magnétisant, les personnes qui y étaient sujettes; mais il ajoute qu'à la suite de ce traitement survinrent des douleurs très vives dans les membres » (Pelletan).

Si ces médications sont abandonnées, d'autres de même nature paraissent capables de rendre des services. La compression circulaire du front dans les formes congestives diminue la douleur. Les frictions sont aussi anciennes que la médecine, nous avons vu Galien, Cœlius, Oribase les recommander. On a employé des pommades médicamenteuses au cyanure de potassium, à la belladone etc.; nous avons également eu l'occasion de parler de la doctrine défendue par Henschen, Vretlind, Norström etc. Pour eux, la migraine est une névralgie partie des noyaux fibroïdes résultant de phlegmasies rhumatismales. Il y a dans les pays du Nord une école de

(1) *Bulletin de thérap.*, t. XXXVIII, p. 520.
(2) *Revue méd. franç. et étrang.*, 1839, t. IV, 161, 189.
(3) *Revue de méd. et de chir.*, 1878, II, p. 279, 282.
(4) *Trans. of the am. neurol. Association, New-York*, 1877, II, 210, 212.
(5) *New-York. med. Journal,* 1884, XXXIX, 491, 493.

hardis praticiens qui veulent substituer aux manipulations empiriques une méthode basée sur l'observation, affirmée et expliquée par l'anatomie pathologique et la physiologie expérimentale. Pour eux, le massage est le meilleur des modificateurs locaux de la nutrition. En activant la circulation, il augmente les échanges organiques et l'absorption; rien ne réussit mieux contre les exsudats torpides. Ceux-ci, bien supportés d'ordinaire, peuvent devenir douloureux sous l'influence d'une poussée congestive. Si l'on admet ces données, si l'on admet que dans beaucoup de migraines, il existe des foyers d'induration dans la gaine des nerfs, dans le derme ou l'épaisseur des muscles, il devient juste de masser ces points. Cette méthode a du bon; lorsqu'on est en présence d'une de ces hémicrânies qui tiennent du rhumatisme du cuir chevelu et de la névralgie à siège précis, il est rationnel de chercher les causes locales, et si on les découvre, de faire porter sur elle toutes les ressources dont on dispose. Les auteurs en question fournissent d'instructifs renseignements à cet égard. Il nous paraît peu probable que tous les cas puissent être rapprochés de ceux qu'ils décrivent. Schreiber, partisan convaincu du massage, très expert dans son application, n'a rien obtenu chez les migraineux. Une généralisation hâtive de cette pratique réserverait comme toute autre de nombreuses déceptions.

L'application du froid n'a sa raison d'être que dans les formes neuro-paralytiques; encore est-elle hasardeuse. On fait contracter les vaisseaux superficiels; mais ceux des parties profondes? Hammond recommande les sachets de glace; avec beaucoup de mesure et de prudence, certaines personnes s'en trouvent bien. Trop courte, l'application est inutile, trop longue, elle recule le terme de l'accès.

La métallothérapie, proposée par Sigaud de la Fond, a été employée par Dufraigne qui aurait guéri par le cuivre un certain nombre d'hémicrânies (1).

Frommhold recommandait dès 1868 la faradisation du sympathique cervical (2). Les premières tentatives donnèrent des résultats assez curieux pour en motiver d'autres. La galvanisation fut appliquée couramment en Allemagne par Fieber (3), Rosenthal (4), Brunner (5) etc.

Depuis lors, elle est passée en Angleterre, en Italie et en Amérique. On l'a peu employée chez nous ; M. Jaccoud la signale sans la recommander; M. Sarda se tient sur la réserve, MM. Chaumier et Soula ne la mentionnent pas.

Pas plus que les médications internes, l'électricité n'est une panacée, mais elle peut être utile. « Dans les cas que j'ai traités par elle, dit M. d'Ancona, j'ai eu parfois une amélioration marquée, parfois un soulagement transitoire ; jamais le résultat n'a été nul. Chez six de ces personnes, l'hémicrânie durait depuis plus de dix ans; deux ont été guéries, les accès sont devenus moins nombreux et assz légers pour qu'elles puissent les supporter sans cesser leur travail. Chez quatre, les crises furent moins pénibles dans le cours du traitement mais quand on l'eut cessé, elles reprirent leur intensité antérieure. Enfin, dans quatre autres migraines datant de trois ou quatre ans, j'ai obtenu une guérison complète. Je me suis servi d'un appareil portatif de Stohrer à 8 éléments : deux excitateurs recouverts d'éponge compacte et

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1865, n° 10.

(2) *Die Migräne und ihre Heilung durch Elektricität*. Pest. 1868.

(3) *Comp. d. Electrother. Wien*, 1866.

(4) *Handb. d. Diagnostik und Therap. d. Nervenkrankh.*, 1870.

(5) *Zw. Cas. d. Path. d. Sympathicus*, Petersb. med. Zeitsch., 1871, n° 7.

humide, sont appliqués au milieu du ganglion cervical supérieur des deux côtés. La durée de la séance est de deux ou trois minutes, à moitié, on intervertit les pôles.

Le malade se plaint d'une saveur métallique dans la bouche, de scintillements dans les yeux, il y a de légères contractions sterno-mastoïdiennes, de la mydriase, preuve évidente que le courant passe par le sympathique. »

D'autres mettent un des pôles dans la main, tandis que le second est appliqué au niveau du ganglion cervical supérieur du même côté. (Holst, Eulenburg et Guttmann). Ajoutons, pour ne rien sacrifier de la vérité historique, que l'électrothérapie a, comme les autres moyens, pas mal d'échecs à son actif, que Berger, qui l'a employée souvent avec succès, avait été obligé dans un des premiers cas, d'en revenir au nitrite d'amyle (1).

Tous les médicaments dont nous venons de parler, sont dirigés contre la crise ou une partie de ses phénomènes : on est arrivé par extension à les donner même pendant les périodes d'indolence.

D'autres forment la base de traitements systématiques destinés à faire cesser les migraines. Les préparations martiales ont été préconisées ; le citrate de fer ammoniacal a été recommandé par Bradbury ; l'arsenic, l'huile de foie de morue ont leurs partisans. Bright saignait au moment des attaques et administrait les toniques dans leur intervalle (2). Barailler donnait exclusivement du carbonate d'ammoniaque (3).

Il est difficile, en présence de cette multiplicité des méthodes, de faire un choix, d'autant mieux qu'il existe des variétés, des genres et des sous-genres ; qu'aucun procédé ne réussit sûrement dans tous les cas, qu'il est

(1) *Berl. Klin. Wochenschr*, 1871, t. VIII, n° 2.
(2) *Guy's Hosp. Reports*, 1836, I, 31, 33.
(3) *Bulletin de thérap.*, t. LVI, p. 305.

impossible de déclarer *à priori* les plus bizarres constamment inutiles. Tout ce qu'on peut faire, c'est indiquer une ligne de conduite. Diminuons autant que possible l'influence de la prédisposition, tâchons de prévenir les accès, de les rendre supportables ; donnons la préférence aux moyens simples et d'une application facile.

Il est rare que le rhumatisme et la goutte s'accusent uniquement par des migraines ; aussitôt qu'on reconnaît leurs manifestations, il faut instituer un traitement général approprié. « Les eaux de Vichy, de Carlsbad, dit M. Jaccoud, sont plus particulièrement utiles. Ces dernières, ainsi que celles de Kissingen, conviennent chez les dyspeptiques hémorroïdaires qui présentent cette turgescence abdominale, ce développement du système veineux connue en Allemagne sous le nom de pléthore abdominale, de dyscrasie veineuse, vénosité. »

Si au contraire, on a affaire à un sujet débilité, on donnera la préférence aux toniques : fer, quinquina, huile de foie de morue à l'occasion; on a d'autant plus de chances de combattre la migraine avec succès qu'elle est mieux isolée. Lorsque en dehors d'elle le malade n'éprouve rien; lorsque dans l'intervalle des attaques, la santé est parfaite, on peut chercher si parmi les prétendus spécifiques, l'un ou l'autre n'aurait point quelque utilité. Les pilules de Debout sont bonnes; avant d'arriver aux préparations exotiques, il faut voir si elles ne modifient pas la forme, la fréquence et la durée des crises.

Les précautions prophylactiques changeront de la même manière : régime approprié à la constitution, traitement de l'accès variable suivant la dominante clinique ; telles sont les seules indications légitimes.

« Sans doute le succès ne couronnera pas toujours un effort méritoire; néanmoins le médecin suffisamment éclairé sur les causes, sur la nature, sur l'action théra-

peutique du médicament qu'il aura décidé d'employer, aura la satisfaction, sinon de guérir, souvent au moins de soulager. » Ainsi concluaient en 1874, MM. Gubler et Bordier ; ainsi nous concluons en 1887.

LA

MIGRAINE OPHTALMIQUE

Une ou deux remarques préliminaires vont nous aider dans cette étude et nous faire comprendre les difficultés qui surgissent à mesure qu'elle devient plus précise.

Le tableau de la migraine est complet; sa marche est suffisamment régulière pour qu'elle ait sa place marquée dans le cadre nosologique, pour qu'on lui accorde plus d'importance qu'aux céphalées secondaires.

Les syndromes morbides ne présentent jamais une régularité et une symétrie mathématiques; il y a entre les cas des différences assez prononcées pour que, si l'on ne tient pas compte de l'ensemble, on hésite à les reconnaître. Tel migraineux torturé par la céphalalgie souhaite les vomissements précurseurs de la délivrance, tel autre redoute l'état nauséeux; c'est le même processus, mais le phénomène saillant diffère.

Les accidents oculaires se comportent d'une manière identique. Beaucoup de malades n'ont qu'un éblouissement; chez d'autres, le scotome scintillant dure aussi longtemps que l'accès, tout leur paraît préférable à la ligne spectrale qui limitera pendant des heures le champ visuel. Ce symptôme peut être isolé, il peut accompagner la douleur dimidiée, la rougeur ou la pâleur. Nous avons

vu des troubles sensoriels légers; nous serons désormais en présence d'une variété dans laquelle les troubles sensoriels l'emportent sur le reste; nous avons montré au chapitre du diagnostic l'impossibilité de se prononcer par l'observation d'un seul accès, nous avons montré qu'un mal de tête semblable à la migraine peut résulter d'une lésion grave; la même chose arrive quand tout se passe du côté de l'œil.

Les écrivains du commencement du siècle, Pelletan, Piorry, Fothergill, etc., assimilaient l'hémicrânie ophtalmique aux autres, M. Galezowski l'en isole : le scotome, l'hémiopie s'accompagnent souvent de fourmillements, d'aphasie, de vertiges; suivons les malades : plusieurs arriveront à la paralysie générale, à l'épilepsie, aux hémorragies et aux ramollissements cérébraux; nous sommes en présence d'un état qui n'a rien de commun avec la névrose pénible mais peu dangereuse dont il porte le nom.

Les deux manières de voir sont bien tranchées.

1° Il n'y a qu'une migraine dont la physionomie peut varier suivant que telle ou telle manifestation l'emporte.

2° Il y en a deux; la migraine ophtalmique est une espèce distincte.

Nous verrons laquelle de ces opinions entraîne nos préférences et pourquoi.

I

Étude sur la migraine ophtalmique avant le mémoire de M. Galezowski.

En parcourant les auteurs du XVIIIe siècle, on est surpris de les voir employer couramment une dénomination

que nous sommes portés à croire contemporaine. La migraine ophtalmique de Boissier de Sauvages n'a rien de commun avec la nôtre; il appelle ainsi toutes les douleurs oculaires, qu'elles soient produites par des névralgies, des phlegmasies, des tumeurs de l'orbite ou toute autre cause.

Plusieurs observations de Wepfer montrent qu'il connaissait bien les symptômes. Jamais il ne manque d'indiquer s'il y a de la photophobie ou du larmoiement.

Un de ses faits est relatif à une fille de vingt-neuf ans, sujette depuis douze ans à des migraines. « Les accidents les plus pénibles siègent dans l'œil droit; la malade éprouve une douleur profonde, tensive, avec exacerbations et élancements; l'acuité visuelle diminue, il y a des mouches volantes. Une autre ayant son maximum au niveau du cou, s'irradie dans tout le côté correspondant du tronc. »

Le livre qui renferme cette observation parut à Schafhouse en 1723. Peu d'auteurs contemporains ont donné des faits aussi précis; celui de Vater et Hennicke publié la même année a été souvent indiqué comme le premier exemple authentique de migraine ophtalmique : un religieux dont le régime avait laissé à désirer pendant le carême fut saisi d'une violente douleur de tête; l'acuité visuelle s'affaiblit d'un côté et il cessa de pouvoir lire certains mots polysyllabiques. De deux personnes marchant dans sa direction, il ne distingue bien que celle qui se trouve juste en face de lui.

Nagel et Armangué y Tusset font remarquer avec raison l'intérêt de ce travail pour l'histoire de l'ophtalmologie, car les auteurs discutent avec beaucoup de sens

(1) *Diss : qua visus duo vitia rarissima alterum duplicati, alterum dimidiati physiologice et pathologice ponuntur. Witenberg.* 1723.

et de clarté la semi-décussation des fibres optiques dans le chiasma. Peut-on donner le nom de migraine à des accidents aigus d'anémie cérébrale? il est difficile de le croire.

Nous savons comment Lazerme expliquait les douleurs intra-orbitaires profondes, Stoll note l'obnubilation visuelle (1), Plenck (2) et Tissot l'hémiopie et l'amaurose temporaires.

Depuis l'année 1800, l'histoire de la migraine ophtalmique peut être divisée au point de vue chronologique en quatre périodes : 1° jusqu'en 1820, il n'existe qu'une observation un peu détaillée, celle de Ware (3); 2° de 1820 à 1831 parurent les autobiographies de Parry et de Wollaston ; 3° la dernière année fut celle de la publication du mémoire de Piorry, seul classique pendant longtemps; 4° le laps de temps compris entre 1865 et 1878 correspond à l'apparition d'intéressants travaux analytiques : ceux d'Airy, de Latham, de Liveing en Angleterre de Dianoux en France; en 1878, fut publiée la monographie de M. Galezowski; elle a servi de guide à la plupart de ceux qui l'ont suivi.

2e *période.* — Les premières recherches anglaises donnent raison à ceux qui veulent individualiser la migraine ophtalmique. Parry avait au début un scotome central, plus tard une ligne irisée périphérique; il fut frappé, peu après le dédéveloppement de ces symptômes, d'une attaque d'apoplexie. Chez Wollaston, les accès étaient marqués par l'hémiopie, il mourut d'une tumeur cérébrale (4). On a beau dire que les crises migraineuses étaient

(1) *Ratio medendi... pars quinta. Vienne*, 1795.
(2) *De morbis oculorum.* Vienne, 1783, II, 197.
(3) *Medico-chir. Transactions.* Vol. V, 1814, p. 277.
(4) *Philosophical Trans.* 1824, t. I, p. 222. Trad. par Arago in *Annales de chimie et de physique*, 1824, XXII, 100.

de trop vieille date pour en avoir marqué le début, il est difficile d'admettre l'indépendance des unes et des autres. Le chirurgien Abernethy, ami personnel de Parry, était affecté de troubles visuels transitoires et paroxystiques, consistant en éblouissements, en un scotome tel qu'il ne voyait qu'une partie des lettres de son nom et signalait cette bizarrerie par un jeu de mots intraduisible (1).

A cette époque, les oculistes qui observaient la migraine ophtalmique se demandaient à quelle variété d'amaurose il convenait de la rattacher. Demours a trouvé dans les papiers de son père une lettre curieuse de Mirabeau : le futur tribun alors détenu à Vincennes (mars 1779) lui parlait avec inquiétude de troubles visuels qu'il avait éprouvés. « Il m'est arrivé aujourd'hui à six heures du matin de rester environ un quart d'heure avec une cécité absolue. Rien n'a précédé cet accident, qu'une douleur de tête très habituelle, mais beaucoup plus forte en me levant. Aujourd'hui, quand ma cécité momentanée s'est dissipée, j'ai cru voir les objets à travers un brouillard ; je ne distinguais rien nettement. »

Un autre des clients du même auteur a, depuis de longues années un nuage opaque quelques heures avant l'apparition de ses accès de migraine (2) ; c'étaient pour Demours des amauroses hypersténiques.

3e *période*. — Le mémoire de Piorry est un modèle de précision. La migraine qu'il décrit n'a pas plus de gravité que les autres ; l'accès se produit sous l'influence de causes nombreuses, souvent insignifiantes. Un éblouissement initial, puis des polygones lumineux, des douleurs violentes du globe de l'œil, parfois irradiées au voisinage, des troubles de l'audition et du goût, des fourmille-

(1) *He could see, no more of his own name than the knee* (*ne*) *and the thigh* (*thy*) (Liveing).

(2) *Précis sur les maladies des yeux*, 1821, p. 446, 451.

ments et des trépidations musculaires; enfin des nausées, des vomissements et le sommeil final; voilà ce qu'on trouve dans la plupart des cas (1). Le portrait est assez ressemblant pour ne donner lieu à aucune méprise.

De tous ceux qui se sont occupés de la question avant 1865 et ont accepté les idées de Piorry, nous ne mentionnerons que Serre d'Alais. Lui aussi racontait sa propre histoire; on ne l'a guère reproduite; pourtant ses idées sur la pathogénie de la maladie sont plus plausibles que beaucoup de théories édifiées depuis.

« Dans l'intervalle des crises, dit-il, mais pourtant un peu avant leur retour, à la suite d'une course à pied, d'une montée rapide plus particulièrement, certaines personnes perçoivent dans la partie centrale du champ visuel une image lumineuse rose ayant la forme d'une ellipse dont l'une des grandes courbes est rentrée brusquement sur elle-même ; puis cette image prend les teintes complémentaires, verte, jaune et bleue et disparaît au bout d'une ou deux minutes. D'autres observent en dehors et sur les limites du champ extérieur de la vision, un grand cercle lumineux et disposé en zigzag. Sa couleur, jaune au grand jour, est d'une blancheur fulgurante dans l'obscurité ; il est excessivement remarquable par les vibrations qui l'agitent observées à différentes reprises quoique très rapprochées ; il nous a été possible de les compter et de constater que leur nombre s'élève de 190 à 200 dans l'espace d'une minute. Ce rhytme n'a pas de rapport avec la pompe cardiaque, il n'en a pas davantage avec les oscillations connues de l'iris.

Quel est donc le siège de ces deux genres de phéno-

(1) *Mémoire sur la migraine. Imp. à la suite du procédé opératoire pour la percussion.* Paris, 1835.

mènes lumineux? L'illustre professeur, qui a donné à la migraine caractérisée par les hallucinations visuelles le nom d'irisalgie, rend compte de la production de ces accidents lumineux en les attribuant à l'iris, dont la forme arrondie se refléterait dans celle de l'image perçue par les personnes atteintes de migraine. M. Piorry, captivé par les prestiges de cette apparence causale, a suivi l'exemple d'Aristote, de Scheiner, de Kepler, qui rattachaient aussi les arcs lumineux phosphénens nés dans l'œil sous la pression des doigts soit au cristallin, soit à l'iris. Que la douleur du globe de l'œil dans ses variétés infinies soit causée par le rameau ophtalmique de la cinquième paire; que, consécutivement au travail névralgique de ce cordon et à celui d'une portion du moteur oculaire, l'iris se resserre ou se dilate avec une sensibilité plus ou moins vive, cela se conçoit très, bien ; mais mettre sur le compte de la cinquième paire les phénomènes des couleurs accidentelles, des zigzags, c'est opérer une transposition de fonctions que la science physiologique contemporaine ne saurait accepter. Au nerf optique seul est dévolue la faculté de présider à la perception des sensations lumineuses. Donc les apparences des couleurs différentes remarquées dans le centre du champ visuel, correspondent à la portion de la rétine avoisinant la tache jaune, et les zigzags apparaissant dans sa portion externe appartiennent à cette partie de la membrane traversée par le prolongement de la ligne menée des zigzags un peu en arrière du centre du cristallin, conformément à la loi d'émergence, la loi physiologique » (1).

4[e] *période.* — Je mentionnerai seulement les écrivains

(1) *Notes sur les effets de la digitale et de la quinine comme traitement de la migraine. Bulletin de thérap.*, t. LVIII, p. 308, 1860.

dont les travaux restés classiques sont analysés partout. Hubert Airy, qui décrivit la migraine de son père et la sienne (1), Listing (2), Forster (3), Mannhardt (4), Liebreich (5), Mauthner (6), Quaglino (7), Latham, etc.

II

Mémoire de M. Galezowski et travaux qui l'ont suivi.

Le mémoire de M. Galezowski ajouta peu de chose aux notions antérieures; mais il serait injuste de nier l'influence qu'il exerça au moins en France. S'il ne représentait pas, comme l'a dit M. Dreyfus-Brissac, la première exposition didactique du sujet, il renfermait au moins ce que l'on ne trouvait dans aucun des précédents : un tableau d'ensemble et une classification (8). Le travail de M. Féré (9), publié sous l'inspiration de M. le professeur Charcot, celui de M. Armangué y Tusset, conçu dans un esprit différent, enfin les thèses de MM. Raullet (10), et Sarda (11), le complètent et le confirment sur beaucoup de points.

M. Galezowski admet quatre formes de migraine ophtalmique, l'hémiopie, le scotome scintillant, l'amaurose et la photophobie.

(1) *Philosophical Transactions*, 1870, t. CLXI, p. 247.
(2) *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, t. V, 1867.
(3) *Congrès ophtalmologique d'Heidelberg*, 1867.
(4) *Cité par Armangué y Tusset*, p. 144.
(5) *Id.*, p. 145.
(6) *Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk.*, t. XVIII.
(7) *Annali di oftalmologia*, 1871, p. 7.
(8) *Étude de la migraine ophtalmique*, Archives gén. de médecine, 1878, t. I, p. 669, t. II, p. 36.
(9) *Revue de médecine*, 1881, p. 625.
(10) *Thèse de Paris*, 1883.
(11) *Thèse d'agrégation*, Paris, 1883.

1° L'*hémiopie périodique*, ou transitoire, comme l'appelle Féré, peut se développer graduellement, mais d'ordinaire elle surprend le malade. S'il lit, dessine, fixe un objet, il s'aperçoit tout à coup que la moitié est devenue invisible. La diminution du champ visuel semble ne jamais atteindre le point central ou à de rares exceptions près; c'est plutôt un rétrécissement latéral qu'une véritable hémiopie (Féré).

Il est bilatéral, homonyme, interne ou externe, supérieur ou inférieur; parfois la portion dans laquelle la vision est supprimée a pour limite une ligne droite. « D'après ce que j'ai vu, dit Armangué, il existe une hémiopie sans scintillements; d'autres fois au contraire, les phénomènes coïncident. »

2° Le *scotome scintillant* a été une des premières formes étudiées. Piorry en parlait comme Wollaston et Pelletan. Hubert Airy, un de ceux qui l'ont le mieux décrit, en a donné une représentation graphique. « J'en fus pris, dit-il, quand j'étais encore à l'école, lorsque je regardais les A par le sommet, il m'était impossible de distinguer autre chose que la moitié inférieure. Au début, il me semblait qu'un cil s'était glissé dans le champ de la vision; mais j'étais vite détrompé: les troubles se passaient et laissaient à leur suite un mal de tête bien plus pénible qu'eux. Lorsqu'ils avaient atteint leur maximum, il me semblait que le champ visuel était limité par une ligne de circonvallation à bastions multicolores et brillants; si je mettais ma plume dans cet espace, il m'était impossible de la distinguer; je ne voyais même pas l'encre de la pointe. A la partie antérieure de la ligne brisée existaient des bouillonnements d'une rapidité étonnante. Les deux yeux étaient intéressés, le droit plus que le gauche. »

C'est peut-être le scotome scintillant qui présente le plus de variations individuelles. Un malade de Quaglino

voyait une lumière vive dans un milieu obscur. Dans un cas de Dianoux, l'ombre était ponctuée de trois ou quatre lueurs comparables à la flamme des lampes d'alcool. Le phénomène paraît circonférentiel, externe, binoculaire; ce n'est d'après Féré, qu'une apparence, il est en réalité hémiopique.

La durée varie entre quelques minutes et des heures; les troubles cessent tout à coup ou graduellement.

3° L'*amblyopie* est plus rare que les deux variétés précédentes. Dans un cas de Galezowski, une cécité complète de l'œil gauche dura vingt minutes. « Il arrive quelquefois, ajoute-t-il, que les troubles visuels migraineux deviennent persistants, se prolongent des mois entiers et résistent à tous les traitements, ou bien ils disparaissent subitement sous l'influence d'une émotion vive; Tardieu a vu la cécité durer trois jours. » L'amblyopie de la migraine est, d'après Armangué, très variable dans sa forme et son intensité; parfois elle va jusqu'à la cécité complète, d'autres fois c'est une simple obnubilation.

4° M. Galezowski a peu déterminé sa quatrième variété, la *photophobie migraineuse*. Doit-on lui rattacher celle qui se développe à la suite de l'hyperémie conjonctivale sans autres phénomènes visuels? Veut-il parler au contraire des douleurs intra-oculaires profondes? l'une et l'autre sont connues. Dianoux compare les souffrances produites par certains scotomes à celles du glaucome foudroyant.

Les auteurs des monographies sur la migraine ophtalmique insistent tous avec raison sur les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les nausées, les vomissements, la céphalalgie, l'aphasie, les troubles localisés de la sensibilité et du mouvement; les convulsions; il nous paraît inutile d'y revenir.

Notons seulement que dans la plupart des cas rapportés ces symptômes semblent plus inquiétants que pour la migraine vulgaire.

Nous avons fait des réserves à propos de l'aphasie; avec les phénomènes oculaires, elle devient parfois classique. « Dans un cas que j'ai publié cette année (1883) dans la *Gazetta di Torino*, dit Armangué, l'auteur ne pouvait plus prononcer que les trois mots *No sé dir*.

Quaglino a vu la crise hémicrânique coïncider avec les accès d'asthme; Féré parle de dyspnée convulsive, c'est encore là une particularité contrastant avec la facilité de la respiration si souvent notée chez les migraineux.

« En résumé, dit M. Bianchi, on peut observer dans la migraine ophtalmique, 1° des phénomènes plus ou moins sérieux qui persistent après la disparition des sensations visuelles anormales; 2° des troubles du mouvement, de la sensibilité, localisés ou généraux, passagers ou permanents, qui sont dans certains cas les premiers symptômes d'une maladie grave telle que l'ataxie locomotrice ou la paralysie générale; 3° des nausées, des vomissements, des désordres variés du côté des voies digestives.

III

Discussion des faits d'après lesquels on a décrit la migraine ophtalmique.

Nous avons les éléments nécessaires pour résoudre le problème de la dualité ou de l'unité de la migraine.

Sommes-nous autorisés à en admettre deux espèces ayant des symptômes communs, mais différentes dans leur essence? Cette opinion compte des défenseurs con-

(1) *La cefalea oftamica. Lo Sperimentale*, 1884, p. 170.

vaincus. Le premier par ordre de date est M. Galezowski. M. Féré est venu ensuite et a mis au service de l'idée qu'il adopte une rare finesse d'observation.

Le sujet est abordé par lui de front, sans ambiguité ni réticences. « La migraine ophtalmique constitue un syndrome dont quelques caractères suffiront pour la différencier d'autres migraines et en faire une affection véritablement autonome. Cette autonomie ne nous paraît pas avoir été suffisamment reconnue par des auteurs qui ont considéré les troubles oculaires et les phénomènes cérébraux ou périphériques qui peuvent les accompagner comme des épisodes qui peuvent appartenir à l'histoire de toutes les migraines, tandis qu'en réalité ils ne se rencontrent toujours les mêmes à chaque accès que chez un petit nombre de migraineux. » MM. Raullet et Sarda se rallient à cette opinion.

Les contradicteurs ont procédé avec une égale netteté. « La migraine ophtalmique, dit M. Armangué ne constitue point une espèce distincte » (1). M. Robiolis, dans une dissertation récente de Montpellier (2), défend la même idée sans l'exprimer aussi formellement : « La migraine dite ophtalmique est une affection complexe qui peut atteindre le cerveau dans sa sphère sensitive motrice et intellectuelle ; de même qu'on a décrit une migraine avec symptômes oculaires, il peut exister aussi des migraines auditive, olfactive et gustative. »

Comment décider, en présence de travaux dont tout le monde connaît la valeur ?

Si la thèse de M. Féré est irréfutable, la dualité est prouvée. En pareil cas, le meilleur moyen consiste à fixer les conditions d'une démonstration péremptoire,

(1) *La jaqueca oftlamicá, in* Estudios clinicos de Neuro patologia, p. 119.
(2) 9 février 1884.

à soumettre son mémoire à une critique impartiale, à voir si ces conditions ont été remplies.

La migraíne ophtalmique a son autonomie :

1° Si elle possède un caractère naturel, constant, qu'on ne trouve pas dans l'autre;

2° Si malgré les ressemblances de détail, elle en diffère par sa marche et son pronostic;

3° Si dans la description qu'on en donne, on n'a point rapproché des faits dissemblables.

1° Les symptômes constitutifs et différentiels sont indiqués par le nom, ce sont les accidents qu'on observe du côté de l'appareil de la vision. En adoptant la manière de voir de M. Féré, on ne doit plus parler de migraine vulgaire dès qu'ils existent, peu importe le degré. Le scotome peut être un léger brouillard, l'hémiopie, un simple obscurcissement de la vue. L'auteur ne s'est pas expliqué sur les phénomènes objectifs, suffisants, d'après M. Galezowski, pour constituer la maladie.

Cette conception est fertile en conséquences. Toute personne qui, pendant l'accès, souffre dans l'orbite, redoute la lumière, distingue difficilement les objets, est atteinte de migraine ophtalmique. Quelle place reste-t-il à l'hémicrânie vulgaire? Il ne faut plus dire comme M. Féré que la première se rencontre chez un petit nombre de migraineux. Qu'on interroge un migraineux au hasard, qu'on prenne n'importe quel travail sur le sujet, on est à peu près certain de relever dans l'histoire du cas des troubles plus ou moins prononcés de la vision. Dans presque tous les faits de Chaumier on les trouve : un malade se plaint de douleur dans l'œil, un autre voit à travers un brouillard, un troisième déclare que la lumière lui fait mal; les efforts d'accommodation le fatiguent, le grand jour est pénible, les myopes ont plus de mouches volantes que d'habitude.

On n'est autorisé peut-être à constituer la variété en

question qu'avec des troubles d'un ordre spécial. En acceptant cette condition nous détruisons en partie le tableau de M. Galezowski; peu importe, admettons que pour appliquer à une hémicrânie l'épithète d'ophtalmique il a fallu un scotome, un polygone spectral, des lueurs disséminées. Cette condition nous fournit un critérium précis ; il est bien entendu que si nous n'avons pas de modification des impressions visuelles en qualité ou en quantité, nous avons affaire à la migraine vulgaire ; que l'injection péricornéenne, la myosis, la mydriase, la saillie ou l'enfoncement du globe, la douleur même s'y rattachent. N'est-il pas bizarre de dire qu'une personne souffrant peu dans la tempe et beaucoup dans le fond de l'œil est atteinte d'*hémicrânie commune* tandis qu'on appellerait *ophtalmique* celle d'une autre qui a des douleurs atroces dans la tête et quelques éblouissements sans importance au moment de l'accès?

John Herschell a décrit, comme Wollaston et Brewster, un accident qui l'inquiéta à plusieurs reprises.« J'étais assis un matin tranquillement à déjeuner; je ne faisais rien et ne pensais à rien, lorsque je fus surpris par l'apparition d'une ombre sur le côté externe du champ visuel. Elle avança graduellement, prit l'apparence d'une tache limitée par une ligne irisée avec bastions, angles saillants et rentrants. L'impression persistait que les yeux fussent ouverts ou fermés. Je crois que le phénomène dura une ou deux minutes, mais je ne saurais l'affirmer. Je fus alarmé, croyant à un symptôme précurseur d'une maladie grave de l'œil, mais il n'eut aucune suite fâcheuse. La même chose m'arriva plusieurs années après (1). » C'était, répondra-t-on, une migraine ophtalmique ; soit.

(1) Voy. Latham. *On nervous or sick headache*, 1873, p. 4.

« J'ai observé, dit Pelletan, des migraines occupant les deux yeux; le pourtour et la racine du nez, sans éblouissement précurseur; et les douleurs existant dans ce cas, pressent l'œil comme dans un cercle de fer. » Pour refuser d'appeler ophtalmiques les migraines de cette nature, il faudrait changer au préalable le sens des mots !

Il nous paraît donc impossible, pour isoler la variété autonome de MM. Galezowski et Féré, de faire un choix entre les symptômes qu'on peut observer du côté de l'œil; d'éliminer les phénomènes objectifs et la douleur; il nous paraît difficile alors d'échapper à la nécessité d'étendre démesurément les limites de l'espèce.

Le degré n'est pas un meilleur critérium. Supposons qu'on rattache tous les troubles légers à la migraine vulgaire. Le malade n'a qu'une obnubilation, il lui semble, comme dans un cas de Chaumier, qu'il a mis des lunettes trop fortes; l'accès se passe sans épisodes visuels plus importants; les deux ou trois qui suivent ont le même caractère. Nous n'avons ni en quantité ni en qualité les éléments nécessaires pour reconnaître la variété ophtalmique. Ne nous hâtons pas de conclure, et voyons ce qui adviendra dans une crise ultérieure. La douleur se localise. « J'ai l'œil droit enflé (c'est le malade qui parle), et les larmes coulent d'elles-mêmes; j'ai des douleurs insupportables comme si on me fourrait le doigt dans l'arcade sourcilière, enfin des fourmillements dans les bras, les jambes et les pieds. »

Un autre cas est tout aussi propre à induire en erreur; il s'agit d'une personne qui a du larmoiement, de la photophobie, de la diplopie, des douleurs d'oreille; à l'ophtalmoscope, on constate une légère hypérémie rétinienne du côté malade. Plus de doute, c'est une migraine ophtalmique. Or les symptômes prétendus révélateurs se mon-

trèrent dans deux ou trois crises et ne reparurent plus.

Nous arrivons donc à formuler une première objection précise contre la théorie de M. Féré. *Les symptômes oculaires sont trop communs dans toutes les migraines; ils sont trop variables pour qu'on puisse avec eux seuls créer une espèce autonome.*

2° La migraine ophtalmique est-elle déterminée par sa marche? S'il en est ainsi, les observations données par MM. Galezowski, Féré, Sarda, ne laisseront subsister aucune équivoque : elles montreront un *mode de début*, une *périodicité*, une *évotution différents de ce que nous connaissons*. Nous nous sommes assez expliqué sur les circonstances qui régissent le diagnostic, sur l'âge ordinaire du début, sur les modifications que le temps imprime aux accès.

Analysons, en nous servant de ces notions, les observations des auteurs cités. Nous sommes forcés d'en éliminer un certain nombre. Des vingt-quatre cas de M. Galezowski, cinq ont été observés chez des sujets présentant une affection grave et profonde de l'un des yeux : choroïdite, synéchies postérieures, atrophie du nerf optique : il est difficile de préciser la nature des troubles visuels enregistrés dans ces conditions, et d'affirmer qu'ils n'ont aucune relation avec l'affection préexistante.

Des dix-neuf cas restants, nous en éliminerons un encore parce que le scotome scintillant apparaît dans le cours d'une anémie aiguë consécutive à des métrorrhagies; on ne sait pas si les attaques se sont répétées. Dans sept cas, les détails sont trop sommaires pour qu'on puisse rien dire sur la marche. Restent onze observations détaillées; trois fois la périodicité a été la même que dans les migraines ordinaires. Dans celle qui porte le numéro 4 (observation empruntée à Bonnal)

il y a de l'aphasie, des troubles sensitivo-moteurs étendus et suspects; cependant le malade, âgé de quarante ans, a eu ses premières crises à quinze ans; depuis lors, ni la gravité ni les caractères n'ont été modifiés. Chez deux autres, des goutteux, la migraine apparaît tardivement, à quarante-huit ou cinquante ans: le cycle est régulier, la crise classique.

Nous trouvons donc trois fois seulement des anomalies; un malade a un premier accès en 1870, un second en 1877 (observation VIII de Galezowski); chez un autre, la vue reste faible jusqu'à la fin de la journée, et comme les accès se renouvellent tous les jours, on comprend combien l'amblyopie devient fastidieuse. Il faut une grande indulgence pour accepter ce cas sans hésitation. Enfin, chez un troisième malade, il y a deux ou trois jours par semaine des accès de migraine ophtalmique.

Deux seulement des douze faits de M. Féré sont en dehors de toute discussion; dans les autres, les accidents que nous avons décrits existaient; mais l'ensemble des phénomènes morbides se rattache à l'épilepsie, à l'hystérie; nous y reviendrons. Dans ces deux cas, le cycle est absolument normal. Un malade est pris à vingt-cinq ans (obs. IX); le scotome s'accompagne de fourmillements et d'aphasie. A quarante-huit ans il était dans le même état; mais les accès étaient moins fréquents; dans l'autre, la migraine, apparue vers 1870, existait encore en 1880 avec ses caractères originels.

Des six observations de Sarda, une est discutable, une autre est incomplète, dans quatre autres, la marche est semblable à celle de la migraine vulgaire. Il ne nous semble pas que le mode de *début*, la *périodicité*, la *marche*, *présentent* des caractères suffisamment tranchés pour l'isolement d'une espèce.

3° M. Féré a, selon nous, forcé l'acception courante

du mot migraine; il a rapproché des cas qui n'ont de commun que l'existence de sensations visuelles anormales. Il est hasardeux d'écrire migraine ophtalmique en tête d'une observation de paralysie générale, d'ataxie locomotrice, même lorsque tout débute par des amblyopies transitoires ou des scotomes scintillants.

Une de ses malades est prise de la sorte : vers onze heures du soir, en lisant dans son lit, elle a une douleur qui lui traverse la tête comme un éclair partant de la partie supérieure droite, traversant obliquement la convexité du crâne et s'arrêtant à la partie inférieure de la tempe gauche. Quelques jours après, elle éprouve à plusieurs reprises une sorte de vertige avec sensation de pression la forçant à courber la tête et à fermer les yeux; elle aurait dormi, dit-elle, ou perdu connaissance pendant quelques secondes. Une autre fois, elle fut prise de vertige et perdit connaissance dans la rue.

Un autre a, pendant sa jeunesse, des migraines (obs. VII). La description qu'il en donne dix ans plus tard permet de les rattacher à la variété ophtalmique. A trente-neuf ans, il est pris d'épilepsie partielle avec chute et perte de connaissance (Obs. VIII). Un troisième est exactement dans les mêmes conditions.

On dirait que dès 1875, M. Lasègue prévoyait déjà l'interprétation qu'on pourrait donner de pareils faits. Liveing a voulu placer l'hémicrânie dans le groupe des névroses convulsives, à côté de l'asthme, de l'hystérie, de l'épilepsie : il relate un certain nombre d'observations comparables à tous les points de vue à celles que nous venons d'indiquer.

« Est-ce avec de semblables faits, se demandait le savant professeur, qu'on est autorisé à affirmer la connexité, je dirais presque l'identité de nature entre la migraine et l'épilepsie? Que des malades aient été

atteinte d'épilepsie, que l'épilepsie ait pris chez elles un des aspects de l'épilepsie féminine plus communément désignée sous le nom d'hystéro-épilepsie, je ne veux ni le contester ni le discuter; mais où trouve-t-on la migraine? C'est en se contentant d'à peu près, c'est en appelant migraine tout mal de tête, en ne tenant pas compte de l'évolution de la crise et des éléments multiples dont elle se compose, qu'on entretient la confusion dans la pathologie nerveuse et qu'on finit par déclarer que toute névrose en vaut une autre. »

Une céphalalgie unilatérale avec vomissements, vertiges, rougeur ou pâleur de la face, consécutive à l'hystérie, à l'épilepsie, à une affection organique du cerveau, ne doit dans aucun cas être appelée une migraine. Cette restriction s'applique également aux faits dans lesquels les accidents oculaires accompagnent ou suivent ceux que nous venons d'énumérer.

Notre discussion nous a conduit à une conclusion toute négative. Les conditions nécessaires pour constituer l'autonomie de la migraine ophtalmique, pour en faire non une variété, mais une espèce, ne sont pas remplies. Jusqu'à plus ample informé, nous sommes obligé de nous en tenir à la vieille doctrine. *Il n'y a pas deux migraines, mais une seule.* Elle peut s'offrir à notre observation sous plusieurs aspects symptomatiques, le plus caractéristique est celui que lui donne la prédominance des symptômes oculaires.

M. Armangué y Tusset est arrivé au même résultat par une autre méthode. Il étudie les phénomènes qui d'ordinaire accompagnent ces symptômes oculaires, aphasie, parésie, anesthésies et paresthésies locales etc. Il a démontré qu'ils se montrent avec les mêmes caractères dans des migraines qui présentent des troubles visuels et dans d'autres qui n'en présentent pas : nous avons

étudié ces points avec assez de détails dans la première partie pour qu'il soit inutile d'y revenir.

Quel est le mécanisme des sensations anormales? On ne peut guère les placer comme l'ont fait Piorry et Serres, exclusivement dans les membranes de l'œil; les examens ophtalmoscopiques n'ont donné que des résultats insignifiants. Le spasme des artères rétiniennes admis par Brewster et Quaglino est peu vraisemblable. En tenant compte des symptômes éloignés qui accompagnent si souvent le syndrome principal; de ses caractères dans certaines affections limitées du cerveau, on arrive à mettre cet organe seul en cause.

« Pour moi, dit M. Galezowski, la migraine ophtalmique est une névrose d'une des portions de la cinquième paire qui fournit des filets vaso-moteurs, soit aux organes centraux visuels, tels que les tubercules quadrijumeaux, les corps genouillés et les chiasmas, soit à ses parties périphériques, telles que les nerfs optiques et la rétine. L'irritation de ces filets vaso-moteurs comme de toutes les autres branches de la cinquième paire, sera le plus habituellement douloureuse, ce qui a lieu dans la migraine. Elle pourra ne se localiser que dans les portions centrales visuelles et donner lieu aux phénomènes d'hémiopie. »

Cette opinion est trop en harmonie avec celle que nous exprimions plus haut pour que nous tentions de la réfuter. « Ce ne peut être, dit M. Féré en parlant du processus générateur de la migraine ophtalmique, vraisemblablement qu'une anémie. Si l'on peut, sans trop forcer les faits, déduire qu'elle en résulte, il est moins facile de décider sur le siège que doit occuper cette anémie. Siège-t-elle à la périphérie, à la surface des circonvolutions cérébrales ou dans les masses centrales, vers le carrefour des fibres sensitives? C'est la dernière hypotèse qui

nous paraît la plus vraisemblable; la raison des troubles associés à la sensibilité générale et spéciale qui ne pourraient dans le cas de trouble de la circulation corticale coïncider avec l'aphasie sans s'accompagner en même temps de troubles moteurs, à moins d'admettre des troubles circulatoires localisés, mais occupant à la fois plusieurs cours. »

Nous sommes arrivés à la fin de notre étude. Quelles conclusions pouvons-nous en tirer? Qu'il reste beaucoup à faire, que tous les problèmes sont loin d'être résolus, mais aussi que les recherches entreprises jusqu'à ce jour n'ont pas été infructueuses, et que les médecins de notre temps connaissent mieux la migraine et la traitent avec plus de méthode que ceux des précédents siècles. C'est un résultat modeste sans doute, mais c'en est un.

FIN.

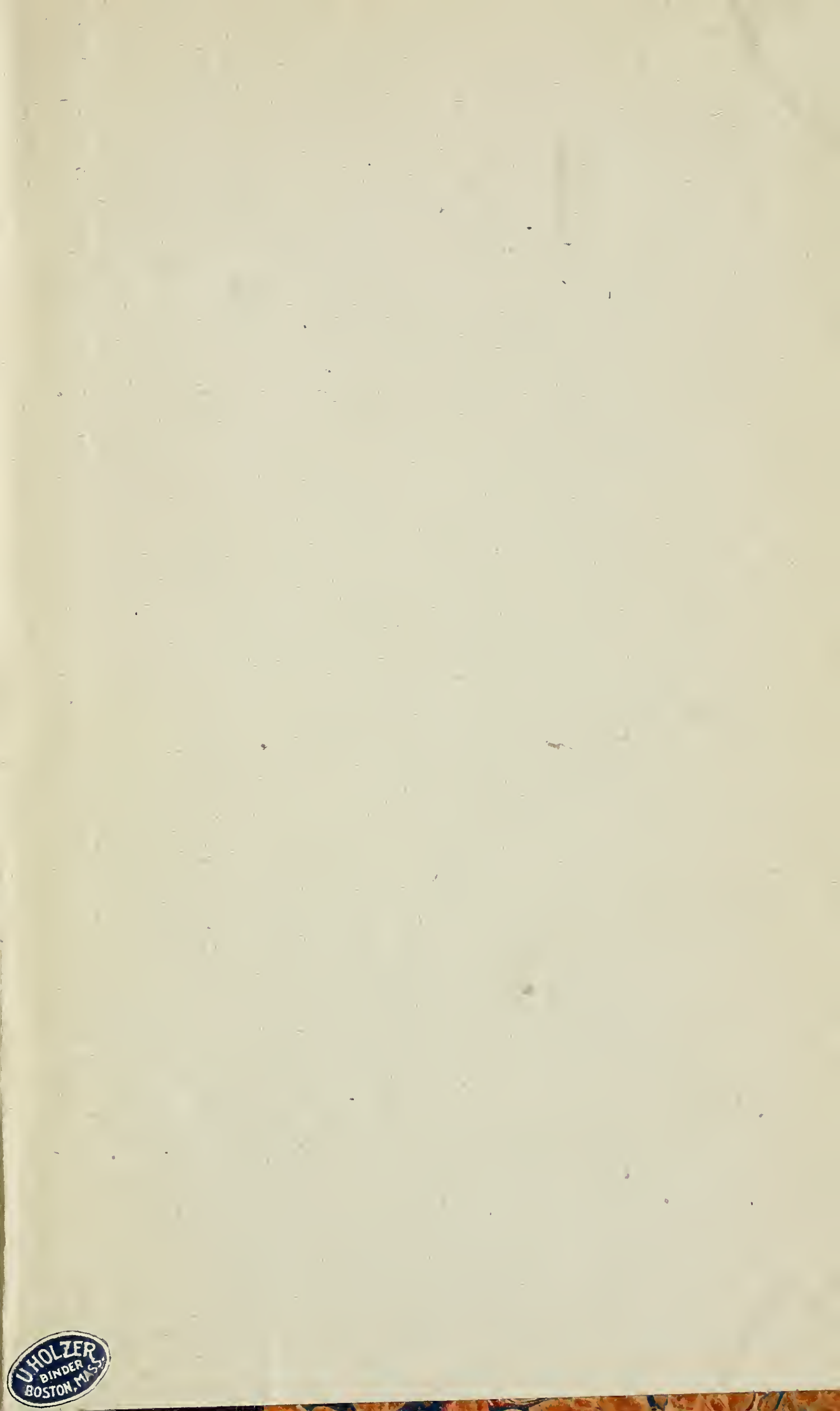
TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE V

CHAPITRE VI

LA MIGRAINE OPHTALMIQUE.

8155-87. — Corbeil Typ. et stér. Crété.


U. HOLZER
BINDER
BOSTON, MASS.

